

Pour une nouvelle approche clinique de la psychose : le «388» For a new clinical approach to psychosis : the " 388 "

Danielle Bergeron et Lucie Cantin

Volume 11, numéro 1, juin 1986

Politiques et modèles I

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/030327ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/030327ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Revue Santé mentale au Québec

ISSN

0383-6320 (imprimé)

1708-3923 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer cet article

Bergeron, D. & Cantin, L. (1986). Pour une nouvelle approche clinique de la psychose : le «388». *Santé mentale au Québec*, 11(1), 149-172.
<https://doi.org/10.7202/030327ar>

Résumé de l'article

L'histoire des trente dernières années de la psychiatrie nord-américaine pointe les difficultés posées par le traitement du psychotique en institution hospitalière mais surtout celles rencontrées par le maintien de son articulation sociale. C'est dans un contexte de recherche de solutions et à partir des besoins repérés au Centre hospitalier Robert-Giffard à Québec qu'un groupe de professionnels du GIFRIC a proposé d'ouvrir, au cœur de la ville, un Centre psychanalytique de soins globaux pour les psychotiques. En opération depuis 1982, le «388» a pour objectif la réarticulation sociale des psychotiques à une vie sociale satisfaisante pour eux, selon leurs moyens de coexistence avec autrui. C'est une structure extra-hospitalière permettant à la fois de traiter la crise et de procurer des soins à long terme. Une problématique psychanalytique de la psychose y détermine la dispensation des services et des soins. Nous tracerons ici le portrait de la clientèle, des services offerts, du traitement, de l'évolution des patients et des problèmes posés par l'évaluation d'une telle structure nouvelle.

Pour une nouvelle approche clinique de la psychose: le «388»

*Danielle Bergeron et Lucie Cantin**

L'histoire des trente dernières années de la psychiatrie nord-américaine pointe les difficultés posées par le traitement du psychotique en institution hospitalière mais surtout celles rencontrées par le maintien de son articulation sociale. C'est dans un contexte de recherche de solutions et à partir des besoins repérés au Centre hospitalier Robert-Giffard à Québec qu'un groupe de professionnels du GIFRIC a proposé d'ouvrir, au coeur de la ville, un Centre psychanalytique de soins globaux pour les psychotiques. En opération depuis 1982, le «388» a pour objectif la réarticulation sociale des psychotiques à une vie sociale satisfaisante pour eux, selon leurs moyens de coexistence avec autrui. C'est une structure extra-hospitalière permettant à la fois de traiter la crise et de procurer des soins à long terme. Une problématique psychanalytique de la psychose y détermine la dispensation des services et des soins. Nous tracerons ici le portrait de la clientèle, des services offerts, du traitement, de l'évolution des patients et des problèmes posés par l'évaluation d'une telle structure nouvelle.

LE TRAITEMENT DE LA PSYCHOSE: UN DÉFI MAJEUR

Au fil des années, particulièrement au cours des deux dernières décennies, le nombre et le type d'intervenants oeuvrant dans ce qu'il est maintenant convenu d'appeler le champ de la santé mentale a considérablement augmenté. La multiplication des disciplines concernées par ce «travail avec la folie» en fait foi. De nouvelles recherches, de nouvelles théories ou conceptions cliniques, des thérapies de toutes sortes ont vu le jour tant dans le domaine de la psychiatrie que dans les sciences dites paramédicales et dans les sciences humaines. Dorénavant les chercheurs, les planificateurs, les gestionnaires et plusieurs intervenants ne parlent plus de folie ni de maladie mentale mais bien de santé mentale.

Pourtant si toutes ces initiatives semblent porter fruit et améliorer l'appréhension de diverses affections psychiques, le traitement de la psychose demeure encore la pierre d'achoppement, le point d'échec sur lequel se brûlent inlassablement nos espoirs cliniques. «En regardant les données compilées dans les hôpitaux psychiatriques pour le trai-

tement des maladies mentales (1980-81, 1981-82), le profil général ressemble à celui des hôpitaux généraux et des hôpitaux spécialisés en médecine et chirurgie. En effet, au cours de la même année (1980-1981), ce sont également les psychoses qui accaparent le plus grand nombre de jours d'hospitalisations.» (Lamontagne, 1985, 21-24).

En effet, malgré ces avancées qui, de différents lieux disciplinaires, ont contribué non seulement à améliorer la qualité de nos interventions mais aussi à mettre en place des services de promotion et de prévention de la santé mentale, il semble que la «maladie mentale» soit en pleine expansion. «De façon générale, au Canada, même si le nombre de malades mentaux inscrits dans les Centres hospitaliers au cours des vingt dernières années a diminué et que la durée de séjour à l'hôpital s'est écourtée, on constate parallèlement que le nombre d'admissions pour troubles mentaux a augmenté et que de plus en plus de malades de moins de trente ans ont dû être hospitalisés.» (Lamontagne, 1985, 33). Au Québec, l'augmentation du pourcentage des coûts afférents à la santé mentale (en 1985, 18% du budget des Affaires sociales) témoigne d'une situation alarmante dont il nous faut rapidement prendre la mesure.

À partir de mandats qui lui étaient confiés par le ministre de la Santé et des Services sociaux, le Comité de la santé mentale s'est employé, depuis sa création en 1971 à produire un certain nombre

* Lucie Cantin, psychologue et analyste, membre du GIFRIC, est adjointe à la Direction du «388». Danielle Bergeron, psychiatre au Centre hospitalier Robert-Giffard, analyste, membre du GIFRIC, est directrice du «388».

de rapports et d'Avis. Ces rapports concernent «la situation du Québec en santé mentale, la notion de santé mentale et la préparation de l'avenir du Québec dans ce domaine» (Harnois).

Si cette planification que veut effectuer l'État concerne l'ensemble des problèmes relatifs à la santé mentale, tous ceux qui sont appelés à participer à ce travail, reconnaîtront que le défi majeur à relever dans le domaine de l'intervention en santé mentale est toujours celui du traitement de la psychose, particulièrement de la psychose schizophrénique. Dans *La santé mentale, à nous de décider* un «Portrait de la situation actuelle» en ce qui concerne la clientèle indique que: «pour les adultes âgés de 25 à 44 ans, les troubles mentaux sont au premier rang des causes d'hospitalisation, si on exclut la grossesse et l'accouchement. Ils ont une prévalence d'environ 4%. Les psychoses schizophréniques comptent pour un peu plus du tiers des journées d'hospitalisation, alors que les autres psychoses et les névroses comptent chacune pour environ 25%» (1985, 23).

La psychopharmacologie, en l'occurrence l'arrivée des neuroleptiques dans les années 50 dans le champ de la psychiatrie, a permis de modifier le climat de violence et d'agitation qui régnait jusqu'alors dans les hôpitaux psychiatriques, mais elle n'a pas su combler les espoirs qu'elle avait provoqués tant chez les soignants que chez les patients. À cet égard de nombreuses études ont été faites, évaluant les effets de la pharmacothérapie chez les patients schizophrènes et ce, par rapport au taux de réhospitalisation, au fonctionnement social, à l'adaptation et au rendement au travail. Le Comité de la santé mentale fait dans un de ses Avis, *L'efficacité de la réadaptation*, une revue de ces études dont les résultats sont souvent très contradictoires. Ce qui se dégage de ces études concernant la réadaptation des schizophrènes, nous permet plutôt de penser que la pharmacothérapie à cet égard n'est pas suffisante. Il semble que, même si le neuroleptique calme jusqu'à un certain point les symptômes de la psychose, il n'habilite pas toujours le psychotique à se réarticuler de façon satisfaisante à la société.

Après *Les fous crient au secours*, le rapport Bédard en 1962 a lancé un premier mouvement de limite d'expansion des asiles. Inspirée d'expériences françaises et américaines et dans la foulée de

la réorganisation des services que proposait ce rapport, la psychiatrie communautaire s'est développée au cours des années 60 et 70. «Ce projet consistait essentiellement à traiter le malade psychotique ailleurs et autrement qu'à l'asile. Il se proposait de personnaliser les soins, de freiner la rupture entre le malade et son milieu, de valoriser le traitement ambulatoire, de prévenir les rechutes (Aird, 1982, 116-119).

En fait les structures administratives de sectorisation mises en place pour réaliser ce projet global de traitement «ailleurs et autrement» ont monopolisé les préoccupations des cliniciens et administrateurs, ce qui a déplacé complètement l'enjeu de départ. Cependant, concomitant à ce développement de la psychiatrie, on a pu assister à un premier mouvement de désinstitutionnalisation marqué surtout par la fermeture de lits dans les hôpitaux psychiatriques. Ainsi ce qui devait être une psychiatrie communautaire s'est avéré être dans la plupart des cas, de la psychiatrie de secteur. Bien que désireux de s'ouvrir sur la communauté et d'y instaurer de nouvelles modalités de soins, l'hôpital est demeuré le lieu de traitement de la majeure partie des troubles psychiques.

Dans le débat soulevé par le mouvement de désinstitutionnalisation, l'expérience américaine est souvent citée par ceux qui veulent invoquer l'échec du traitement des psychotiques hors des institutions traditionnelles. Ce dont l'expérience américaine témoigne est peut-être davantage du fait qu'il est impossible de «sortir le psychotique de l'asile» sans lui offrir toute une gamme de services et de soins servant de support à sa réarticulation sociale. Mais plus profondément, elle démontre peut-être qu'il ne suffit pas d'ouvrir les portes pour désinstitutionnaliser. Le phénomène du «revolving door patient» qui se développe en même temps que celui de la désinstitutionnalisation en témoigne. Traduit par les francophones par l'expression de «syndrome de la porte tournante», ce syndrome désigne le patient «renvoyé très tôt comme par une porte-tambour de l'hôpital, aux difficultés extérieures, sans point de chute valable, sans ressources, sans travail, sans soins, sans prise en charge réelle, et qui tente aussitôt de revenir par la même porte dans l'asile plus sécurisant que la rue ou la prison» (Castel *et al*, 1979, 132).

Depuis les dernières années, de nombreuses études américaines dont Bachrach a fait une revue très

enrichissante en 1984, démontrent une augmentation du phénomène de la psychose concomitante à un rajeunissement de l'âge de chronicisation. Bert Pepper le premier et d'autres par la suite ont mis en évidence l'apparition d'un nouveau groupe de patients réunis aux États-Unis sous le concept de «Young Adult Chronic Patients» (YACP).

Ce rajeunissement de la clientèle de jeunes chroniques se vérifie également au Québec et nous voudrions à ce titre fournir quelques données de «l'Opération Recensement» faite en octobre 1984 au Centre hospitalier Louis-Hyppolite-Lafontaine, et citées par M. Léonard Aucoin dans le rapport qu'il produisait en mars 1985. Sur les 1 045 personnes hospitalisées ayant un diagnostic principal en psychiatrie (49,13% de la population hospitalisée), 509 patients (48,71%) ont plus de 5 ans de durée de séjour et 175 patients (16,75%) ont moins de trois mois de séjour. «Il est intéressant de noter que 64 patients de 25 à 29 ans ont une durée moyenne de séjour de 1 an 281 jours alors que 115 patients de 30 à 34 ans ont une durée moyenne de séjour de 4 ans 290 jours. C'est comme si la plupart de ceux qui sont âgés de 30 à 34 ans et encore hospitalisés l'étaient déjà entre 25 et 29 ans.» (p. 23). Par ailleurs «sur les 1 045 patients psychiatriques, 489 (46,79%) sont perçus comme présentant une pathologie psychiatrique stable ou asymptomatique, tandis que 478 (45,74%) sont perçus comme ayant une pathologie psychiatrique active» (p. 23). Quant aux admissions depuis 1981 dans ce Centre hospitalier, «les réadmissions comptent pour 72,39% de toutes les admissions» (p. 24).

On conclut sur les données de ce recensement: «il semble que les personnes qui demeurent hospitalisées plus de trois mois prennent une sérieuse option sur un séjour pouvant facilement déborder sur plusieurs années. Plus on se rapproche d'une durée de séjour d'un an, plus cette option est vraie. Il y a clairement deux catégories de patients psychiatriques dans les faits: des patients hospitalisés en courte et moyenne durée (< 1 an), et des patients hospitalisés en longue durée (> 1 an). On constate aussi que beaucoup de patients (47%) sont perçus comme ayant une pathologie psychiatrique stable et asymptomatique; nous pouvons faire l'hypothèse que, moyennant des services adéquats dans la communauté, ces patients pourraient y vivre dans des

ressources moins lourdes que l'hôpital psychiatrique» (p. 24).

Nous sommes donc à présent dans un contexte socio-historique où il nous faut chercher des solutions aux problèmes liés à l'institutionnalisation (chronicisation, hospitalisations répétitives) et à la désinstitutionnalisation lorsqu'elle n'est pas suffisamment planifiée. Un certain nombre de faits sociaux se dégagent: augmentation des problèmes de santé mentale, augmentation des consultations dans les services publics, augmentation des coûts sociaux et financiers que cette situation entraîne, phénomène de chronicisation des jeunes patients psychotiques qui composent une part majeure de l'ensemble de la clientèle psychiatrique présentement active dans les structures de soins publics. Nous sommes, dans cette situation, conviés comme société à revoir l'organisation des services de soins publics en fonction des nouvelles conjonctures sociales. Mais la difficulté des structures institutionnelles existantes à répondre aux besoins d'une clientèle qui éprouve une souffrance psychique, interroge le type de traitement que nous leur offrons. Les données citées précédemment sur la clientèle du Centre hospitalier Louis-Hyppolite-Lafontaine nous permettent de questionner la pertinence d'une structure aussi lourde que l'hôpital pour traiter la plus grande partie de la population souffrant de dysfonctionnement psychique. Plus radicalement qu'à un changement d'organisation institutionnelle, nous sommes peut-être conviés à une profonde remise en cause de notre façon d'appréhender la folie.

Il est impossible de traiter des psychotiques sans être confronté à l'exigence de tenir compte des problèmes (familiaux, sociaux, relationnels, etc.) qui surgissent en fait comme des conséquences plus ou moins indirectes de la psychose comme telle. Ainsi le problème soulevé régulièrement dans le traitement du psychotique n'est pas celui de la diminution de ses symptômes mais de son retour en société ou du maintien de son articulation sociale. Fairweather (1964) par exemple démontre que l'amélioration des symptômes à l'hôpital ne coïncide pas nécessairement avec l'amélioration du fonctionnement social (CSMQ, 1985a, 29).

Proposer une clinique de la psychose suppose dans ce cadre que cette clinique soit articulée à une philosophie de soins qui détermine l'appréhension du phénomène de la psychose tout autant que les

axes de la vie du psychotique qu'il faut pouvoir toucher par notre intervention auprès de lui.

C'est dans ce contexte de recherche de solutions et à partir des besoins repérés au Centre hospitalier Robert-Giffard à Québec, qu'un groupe de professionnels du GIFRIC¹, a proposé d'ouvrir à Québec au coeur de la ville, un Centre psychanalytique de soins globaux pour les psychotiques. À la lumière de ce que la psychanalyse promeut comme conception du phénomène de la psychose et à partir des recherches cliniques menées par le GIFRIC et inscrites dans un cadre multidisciplinaire couvrant le champ freudien, nous avons donc mis en place une structure de dispensation de services et de soins.

UNE PHILOSOPHIE DE SOINS

Au moment de l'élaboration de notre projet de Centre, c'est-à-dire entre 1978 et 1981, nous voyions se développer au Québec, déjà depuis les années 70, des maisons d'hébergement, des Centres de dépannage de même que se profilaient ce que maintenant nous dénommons les ressources alternatives en santé mentale. Ni l'une ni l'autre ne pouvait recouvrir ce que nous voulions mettre sur pied. Les premiers étaient plus ou moins des «succursales» des hôpitaux dans la mesure où prévalaient dans ces expériences la même idéologie, la même philosophie de soins et de structuration de services que dans les grandes institutions. Par ailleurs, même si ces structures se situaient en dehors de l'hôpital, le manque d'autonomie par rapport à l'institution faisait par exemple qu'on était forcé d'y appliquer une forme de gestion et d'administration tout à fait semblable, perdant ainsi les avantages liés à la grandeur réduite et plus humaine de la ressource.

De plus, les intervenants des hôpitaux qui ont fait le passage du traitement hospitalier au traitement dans la communauté à l'intérieur de ces structures, n'avaient souvent pas eu l'occasion de s'engager dans une réflexion poussée sur les problèmes émotifs sérieux, leur cause, la place de la personne en difficulté, sa participation au traitement, etc. Bref le type d'approche de l'hôpital avec ses contraintes administratives tout autant que cliniques et corporatistes semblait reproduit dans ces ressources.

Quant aux ressources alternatives, elles se situaient souvent dans un mouvement de contestation de toute forme de professionnalisme axant

d'avantage leur action sur un plan d'accompagnement, de soutien, d'intervention sociale, etc. Favorisant les aidants naturels et les groupes d'entraide, elles mettaient de côté ou refusaient carrément toute forme d'expertise professionnelle à l'intérieur de leurs structures. Le problème posé par ce type de choix est la nécessité de recourir quand même aux structures hospitalières quand les gens en difficulté ont besoin d'une aide plus intensive. Pensons par exemple à ceux qui, en période de crise aiguë, n'ont pas eu d'autre choix que d'être hospitalisés, les ressources où ils se trouvaient ne pouvant assumer l'accompagnement nécessaire à ce moment.

Lors de la dernière assemblée annuelle du regroupement des alternatives du Québec, tenue à Montréal en octobre 85, bon nombre de groupes, au moment des discussions, s'avouaient démobilisés devant les problèmes posés par le soutien du psychotique dans la communauté, ceux-ci ayant souvent des problèmes trop complexes pour être accompagnés dans leur type de ressources.

Il n'en demeure pas moins que cet élan qui a rendu possible la création de ressources alternatives a été et demeure extrêmement important et fructueux dans le développement de nouvelles approches cliniques et sociales.

Ce mouvement indispensable de remise en cause des approches cliniques «classiques» a entre autres contribué à engager un débat de «société», élargissant ainsi le champ des disciplines concernées par la problématique de la santé mentale.

Au moment où nous élaborions notre réflexion pour la création du Centre, coexistaient donc deux types d'approche; une de prise en charge de la personne malade dans le milieu institutionnel et l'autre qui dans une perspective d'entraide, de support et d'accompagnement mise en place dans des structures sociales et communautaires, exige de la personne en difficulté la participation à son évolution. En fait, malgré des volontés autres au sein de chacun de ces groupes d'intervenants, l'hôpital est resté le lieu où on traite la psychose, où on vit la crise psychotique et les ressources alternatives deviennent des lieux de vie, d'hébergement de soutien ou de réadaptation. La démarche des personnes en difficulté psychique profonde s'inscrit souvent dans un va-et-vient entre ces deux types de lieux, assumant les conflits que cela peut susciter tant par rapport à

l'idéologie de traitement offert que par rapport à la discontinuité d'un travail à long terme.

Respectant les positions de chacun de ces groupes d'intervenants ou groupes d'entraide en santé mentale, nous avons voulu tenter autre chose: conjuguer l'intervention dans et avec la communauté et l'apport des compétences professionnelles multidisciplinaires dans une perspective à la fois de traitement et de travail de réarticulation sociale de la personne en difficulté. L'intégration, la collaboration et la participation active de celle-ci dans l'équipe de soins constituant le point d'appui essentiel de l'intervention.

S'installer dans la ville et non pas dans le giron d'un hôpital nous apparaissait essentiel si nous voulions parvenir à créer une structure de soins qui soit vraiment nouvelle et efficace. En effet pourquoi traiter le psychotique dans le milieu hospitalier si l'intervention physique, l'intervention sur le corps, les soins médicaux ne sont pas nécessaires? Une fois éliminées les causes organiques de tel ou tel cas de psychose, il nous semblait logique d'éviter par tous les moyens la stigmatisation dans un statut de patient de celui qui souffre de troubles émotifs profonds. S'installer dans une structure à échelle humaine en limitant la bureaucratisation et la complexité administrative et clinique de l'hospitalisation, près des services de la communauté nous semblait être la solution idéale pour maintenir l'autonomie du sujet et favoriser son effort de réarticulation sociale.

À notre connaissance, aucun Centre de ce type, alliant soins globaux et réarticulation sociale, n'existait ni au Québec, ni aux États-Unis. Bien sûr, il y a eu l'expérience fort intéressante de Soteria House, à San Jose, en banlieue de San Francisco. L'équipe de Palo Alto, sous la direction d'Alma Menn et de Mosher, a réussi à démontrer que la majorité des patients traités dans une maison située dans la communauté avec une approche non traditionnelle, n'avait pas besoin de médicament neuroleptique pour traverser la crise psychotique. Leurs patients étaient comparés à ceux d'un groupe contrôle qui eux furent hospitalisés et ont tous reçu des médicaments. Cependant, ce Centre ne s'adressait qu'à des personnes faisant un premier épisode de schizophrénie ou de psychose. Ils ne se sont donc pas engagés à long terme avec des psychotiques qui ont un vécu de rechutes multiples.

C'est dans les pays d'Europe, plus particulièrement en France, en Italie et en Angleterre que nous trouvons de tels Centres offrant des soins globaux alliant traitement de la crise et suivi à long terme, dans le cadre d'une petite structure située en ville. Nous pensons ici à Arbours Association de Londres, à Communauté et santé mentale de Lyon ainsi qu'à la fondation PI à Nantes. Avant eux, des pionniers comme Oury et Guattari à Laborde, dès les années 50, ouvraient le chemin à ce genre d'expérience. L'expérience italienne aussi, particulièrement à Trieste, est à souligner. Précurseur de changements majeurs concernant l'appréhension du malade mental dans la société italienne, l'équipe de Trieste, sous l'impulsion de Franco Basaglia, a ouvert des Centres de santé mentale dans la ville qui desservent chacun un certain bassin de population. Vu l'approche très sociologique du groupe de Trieste, les interventions sont ponctuelles mais efficaces puisqu'elles s'inscrivent bien dans le mouvement social italien.

Tout à fait nouveau au Québec, le programme proposé au Centre remplit les objectifs suivants:

- Offrir à des jeunes adultes psychotiques un traitement global, individualisé et à long terme (suivi psychiatrique, service social, cure individuelle, activités quotidiennes de création et socio-culturelles, travail avec les familles) dans une structure extra-hospitalière permettant à la fois de traiter la crise et de procurer des soins de façon continue et avec la même équipe entre deux épisodes de crise.
- Offrir des soins basés sur une approche psychanalytique d'orientation lacanienne, ethno-analytique et psychopharmacologique avec une équipe multidisciplinaire.
- Former les intervenants à travailler avec des psychotiques dans une structure ouverte, dispenser un enseignement lié à l'approche psychanalytique de la psychose.
- Établir des programmes de recherche visant tant à évaluer l'intervention et le programme qu'à proposer des avancées dans le traitement du psychotique.

Le programme du Centre se soutient d'un certain nombre de grandes orientations qui déterminent le mode d'intervention clinique, la structuration des services et les exigences posées au personnel qui y travaille. Nous ferons part maintenant des principales orientations de départ de même que de cel-

les qui se sont développées en cours de fonctionnement du programme.

Comme nous l'avons déjà avancé plus haut, nous croyons que très souvent celui qui présente des problèmes de psychose peut cheminer à travers sa crise sans nécessairement aller à l'hôpital pour régler ses difficultés. Maintenir des soins dans la communauté contribue à éviter l'identification de la personne comme malade mental, étiquette qui souvent provoque de l'exclusion sociale. Nous pensons ici, par exemple, aux embûches causées par les «trous» dans le curriculum vitae liés à des hospitalisations en psychiatrie, à celui qui veut appliquer pour un emploi.

En fournissant un milieu qui maintient les mêmes exigences sociales auxquelles le patient doit faire face lorsqu'il est dans son lieu de vie, nous évitons la dépendance souvent créée par les hospitalisations prolongées ou répétées. Ceci est rendu possible par le fait que notre Centre, le «388», s'inscrit dans une communauté active, fonctionnant à partir des mêmes règles de fonctionnement que celles du milieu social et culturel où vit le patient. Dans les institutions traditionnelles, nous constatons que l'infrastructure nécessaire à la bonne marche de l'institution génère des règles et des modes de fonctionnement particuliers, différents de ceux auxquels le patient aura à faire face à sa sortie, et qui lui créent ainsi de nouvelles difficultés au moment de son retour dans son réseau d'interrelations sociales.

Il est essentiel qu'un milieu de soins tel que le nôtre, tout en offrant un traitement global, maintienne l'exigence d'un travail de réarticulation sociale de la personne qui demande des services. Quand nous parlons de traitement global, nous pensons à des traitements à long terme assurant une continuité des soins dans le temps mais aussi à l'équipe traitante qui peut, en assurant une nécessaire permanence, réaménager avec le patient au fur et à mesure de son évolution, un plan de traitement adéquat.

Nous insistons aussi sur l'importance de la coordination des services offerts à une même personne, avec une approche commune servant de repère à tous les intervenants. La coordination dont nous parlons ici dépasse la communication qui doit exister entre des intervenants répartis dans une ville. Elle vise plutôt l'importance d'une approche clinique

commune à tous les intervenants et fondée sur des conceptions cliniques et théoriques communes. Comme cela a déjà été souligné dans la littérature à maintes reprises, c'est la cohésion entre les intervenants et la discussion en groupe des plans de traitement pour un patient donné, qui est rentable dans le traitement du psychotique puisque toutes les sphères de sa vie sont touchées par son dysfonctionnement psychique et qu'il a donc besoin de points de repères stables à partir de quoi il tentera de baser son travail de réarticulation sociale.

Proposant un cadre de travail nouveau dans le traitement du psychotique, un programme de formation a dû être créé pour les intervenants. Avec le temps nous avons constaté qu'en plus d'être essentielle sur le plan clinique et théorique, cette formation continue permet d'éviter le phénomène de «burn out» qui s'installe souvent chez les intervenants travaillant avec une clientèle lourde telle que la nôtre.

Privilégiant les interventions qui maintiennent le patient psychotique dans son milieu de vie, nous tentons d'une part d'éviter les hospitalisations en lui offrant la résidence lors de crises et d'autre part de réduire la durée de ces périodes de résidence en lui proposant des interventions fréquentes et soutenues dans son milieu de vie. Ainsi nous arrivons maintenant, après 4 ans d'opération, à traiter de 50 à 65 patients à la fois avec une possibilité de 7 places seulement en interne. Et nous considérons pouvoir dire que nous sommes une alternative à l'hospitalisation. Nous reprendrons plus loin les fondements de cette assertion à partir des données que nous avons recueillies sur l'évolution de nos patients.

Cette attitude nous semble efficace à long terme et évite aussi que s'instaure une dépendance institutionnelle. Nous avons développé ainsi des modes d'interventions de crise en créant des ressources autres que celles que l'on retrouve habituellement dans les hôpitaux. Nous savons que notre clientèle ne pourrait pas être suivie seulement dans une clinique externe d'hôpital ni non plus dans les centres de jour des hôpitaux de la région de Québec.

Ayant la possibilité de procurer des services multiples répondant à divers besoins du psychotique, nous constatons que nous pouvons, dans bien des cas, diminuer la prescription de neuroleptiques et même la cesser.

Notre but premier est donc de favoriser un travail de réarticulation sociale, soit viser avec la personne psychotique qu'elle puisse en arriver à avoir un mode de vie satisfaisante pour elle dans la coexistence avec autrui.

STRUCTURE ET ORGANISATION DU CENTRE

Réalisé à Québec grâce à la collaboration entre un organisme privé (le GIFRIC) et une institution publique (le Centre hospitalier Robert-Giffard), le «388» offre donc dans la communauté des services spécialisés de traitement de psychotiques, de façon à offrir une alternative à l'hospitalisation et à la prise en charge institutionnelle.

Ces deux organismes sont liés par une entente de services qui définit les responsabilités conjointes et spécifiques à chacun d'eux. Ainsi, par exemple, le Centre est entièrement soutenu par des fonds publics (via le Centre hospitalier) et les psychiatres qui y travaillent relèvent du Conseil des Médecins et Dentistes de ce Centre. Pour sa part, le GIFRIC est responsable de l'orientation théorique et clinique de même que de la formation continue du personnel qui y travaille.

Se référant fondamentalement à la psychanalyse freudienne telle que promue par l'enseignement de Jacques Lacan, les développements que les travaux du GIFRIC engagent depuis plusieurs années dans le champ de la psychose entre autres, nous ont fourni les bases théoriques et cliniques de l'organisation de notre intervention.

Ainsi l'organisation de l'ensemble des services offerts, depuis l'orientation clinique jusqu'à la structuration des soins, est régie par une lecture psychanalytique du phénomène de la psychose.

Le Centre engage des intervenants de formation différente dont le travail avec les psychotiques est, depuis leur arrivée au Centre, réglé par cette appréhension psychanalytique de la psychose. La formation continue est assurée par différentes activités régulières dans des lieux tels que les réunions cliniques hebdomadaires regroupant l'ensemble des intervenants, les supervisions individuelles avec un analyste du Centre, les journées trimestrielles de travail clinique.

En effet, il apparaît clair que le traitement des psychotiques avec une approche analytique, c'est-

à-dire qui met en place différents lieux de parole et d'expression pour la personne en souffrance n'est pas sans provoquer angoisses et interrogations profondes chez les intervenants. Si nous voulons qu'ils arrivent à soutenir cette parole sans en être affolés, il devient nécessaire de leur offrir des lieux où ils pourront travailler pour eux-mêmes l'effet de cette confrontation à la folie. Ce n'est qu'à cette condition qu'ils seront disponibles pour entendre le psychotique sans que cette écoute ne les précipite dans un retranchement défensif, dans des types d'intervention stéréotypés qui ne peuvent qu'être stériles.

La supervision individuelle, pas davantage que la réunion clinique hebdomadaire, ne doit servir à donner des conseils ou des recettes pour l'intervention. Ce qui aura été discuté à propos d'un patient fournira plutôt des points de repère théoriques et cliniques à partir desquels les intervenants devront créer des objectifs de traitement, un cadre et des moyens d'intervention qui soient adaptés à la dynamique et à la structure psychique spécifiques à un patient.

Par ailleurs un analyste consultant, extérieur au Centre, est présent aux réunions cliniques. Ne travaillant pas au Centre, il n'est pas pris dans les problèmes quotidiens que vivent intervenants, cliniciens, membres de la Direction. Il est dans une position d'écoute seconde puisqu'il n'entend au sujet des patients que ce que les intervenants en disent au moment où ils en parlent à la réunion.

Dans une réflexion sur la question du champ analytique, nous résumons ainsi il y a deux ans, le travail de cet analyste consultant: «Le consultant s'emploie à maintenir ouvert le champ de l'inconscient. Étant en position d'extériorité il rouvre souvent malgré nous et nos résistances, des questions mises de côté sous des prétextes liés à des problématiques de soins, nous obligeant à reconsidérer des décisions, des plans de traitement voire notre lecture de la dynamique d'un patient, en rappelant la prise en compte de sa structure inconsciente. Ce questionnement interroge la manière dont tout groupe risque de se refermer sur des positions institutionnelles rigides.» (Cantin et Bergeron, 1985, 36).

La clientèle que nous recevons est composée de jeunes psychotiques dont l'âge varie entre 18 et 35 ans et qui présentent déjà un passé d'hospitalisations

multiples en psychiatrie. Ils nous sont adressés par les différents hôpitaux généraux et psychiatriques de la région de Québec, par les C.L.S.C., les C.S.S. et autres organismes publics et communautaires, par des professionnels de la santé qui travaillent en bureau privé, etc. De plus en plus nous recevons des personnes qui s'adressent à nous directement, sans intermédiaire.

Nos critères d'admission se résument essentiellement à ceci: avoir entre 18 et 35 ans (ce qui correspond selon la littérature à la tranche d'âge où se dessine le phénomène de chronicisation) et présenter un problème de psychose ou de troubles d'adaptation sévères nécessitant un suivi plus intensif que celui offert en bureau privé ou en clinique externe des hôpitaux.

Depuis l'ouverture du Centre, nous avons toujours exigé, quelque soit l'intermédiaire qui nous l'adresse, que la personne manifeste d'une quelconque façon son désir de recevoir de l'aide et d'être traitée dans notre Centre. En fait nous demandons que la personne fasse au moins la démarche de téléphoner pour obtenir un rendez-vous avec le comité d'admission. Cette demande peut prendre des formes diverses et n'être parfois que très peu articulée. Dans ces derniers cas, l'essentiel est pour nous de pouvoir entendre dans la façon dont se présente la personne, dans les prétextes qu'elle invoque pour venir demander de l'aide, le désir de s'engager d'une quelconque manière dans un travail de réorganisation de sa vie.

L'objectif du Centre étant d'offrir un *programme de soins continus* qui soit une *alternative à l'hospitalisation*, le «388» fonctionne sur une base de 24 heures/jour et 365 jours/année et les patients inscrits dans le programme, peuvent le fréquenter soit comme externes, soit comme résidents pour passer une période de crise, leur évitant ainsi l'hospitalisation.

Ce mode de fonctionnement nous permet de traiter de 55 à 60 patients à la fois. Nous avons 7 places disponibles pour admettre comme résidents les patients qui nécessitent des soins plus intensifs étant soit en période de crise, soit incapables temporairement de vivre en société avec un minimum d'autonomie.

La majorité du personnel du Centre travaille le jour, les périodes du soir et de la nuit étant couvertes par un personnel tout aussi formé mais dont le

nombre est maintenu au minimum: deux intervenants professionnels le soir et pendant la fin de semaine; un intervenant professionnel et un gardien de nuit pendant la nuit.

Chaque patient inscrit dans le programme est sous la responsabilité d'un psychiatre qui, avec l'équipe de soins (animateur et agent social) fait le plan de traitement et coordonne les interventions faites auprès du patient et de sa famille. La collaboration d'une équipe multidisciplinaire alliant ses efforts à ceux du jeune psychotique, semble nécessaire puisque celui-ci, au moment de son arrivée, vit déjà une désorganisation devenue «chronique» de toute sa vie sociale, familiale et affective. Les multiples hospitalisations, le désinvestissement et le désintérêt progressif qu'il vit face à tout projet social et devant l'exigence d'avoir à tout recommencer au sortir de chacune des hospitalisations l'ont amené à une difficulté à vivre telle que des interventions touchant les diverses sphères de la vie sont devenues nécessaires.

Diverses activités essentielles à la modification des modes de rapport à soi, aux autres individus et à la société, font aussi partie du programme:

- ateliers de création animés par des artistes de la région qui viennent chacun quelques heures par semaine, travailler avec les usagers du Centre (ateliers de musique, arts visuels, céramique, écriture),
- activités socio-culturelles, journal,
- activités sportives,
- atelier d'informatique, atelier de création d'emploi,
- activités communautaires (participation à la coopérative d'alimentation du quartier, au jardin communautaire),
- participation aux tâches quotidiennes et à la vie du Centre,
- etc.

Par ailleurs, tout usager du Centre a la possibilité d'être suivi en psychothérapie analytique individuelle. Ce suivi se fait par un clinicien analyste du Centre qui est nécessairement autre que le psychiatre traitant. Il est important en effet qu'un lieu de parole individuelle soit aménagé de façon à produire un espace autre que celui du soin et de l'intervention dans la «réalité». Succinctement nous pourrions distinguer ainsi ces deux lieux. Le travail du suivi psychiatrique, de l'agent social et de l'intervenant responsable (animateur) vise à recti-

fier et à restaurer chez l'usager un mode de rapport aux autres et à la société qui soit viable tout en offrant un minimum de satisfaction à l'individu. Quant à la cure individuelle elle doit plutôt être l'occasion de pallier à l'impossibilité où se trouve le psychotique de produire au fil de son histoire, des points d'ancrage capables de mobiliser pour un temps son énergie et sa créativité sur un quelconque projet qui donnerait provisoirement un sens à sa vie. Plutôt que de donner lieu à des interventions concrètes dans la «réalité» de la vie de l'usager, la cure vise à mettre en place les conditions pour que surgisse chez l'usager une parole de sujet et que soient interpellées en lui une liberté et une créativité qui lui permettent non pas de comprendre les raisons de son mal-à-vivre mais plutôt de gérer ses angoisses, sa folie, en créant un mode de vie satisfaisant pour lui et viable avec autrui.

Un travail important est aussi fait par l'ethnoanalyste auprès des familles des usagers. L'intervention de ce dernier est tout à fait différente de celle de l'agent social. Le travail de l'agent social vise le support et la demande de collaboration des familles quand cela s'avère nécessaire, de même que toute forme d'intervention faite auprès de l'usager concernant la participation et la réarticulation sociale de ce dernier. L'ethnoanalyste s'intéresse plutôt à l'analyse des structures parentales et familiales dans lesquelles est né l'individu, recueillant les informations strictement à partir du discours de l'usager et de quelques membres de sa famille. L'analyse de ces données permet de dégager les modalités d'apparition pour tel individu des conditions qui ont déterminé sa position subjective, la particularité de sa place dans le groupe familial, la singularité de son mal-à-vivre, etc.

Chaque usager est donc engagé à participer à un minimum d'activités définies selon un *horaire individuel* qu'il établit de concert avec son animateur responsable. Sa fréquentation du Centre tient donc compte de son cheminement à l'intérieur du programme, de l'évolution de son état mental, de sa progression dans un processus de réarticulation sociale qui l'amène petit à petit à investir dans des activités extérieures au «388» qu'il s'agisse d'activités de loisirs, de reprise des études ou d'un travail, etc. Chacun des usagers bénéficie donc d'un traitement individualisé où il doit prendre une part active. Des modifications sont apportées concernant

son type de fréquentation du Centre et la quantité de services qu'il utilise, au fur et à mesure qu'il évolue.

L'animateur (poste détenu par des professionnels de différentes disciplines) est l'intervenant qui est au cœur du vécu quotidien de l'usager inscrit au «388». Il est donc amené tout comme l'agent social et l'ethnoanalyste, qui eux travaillent avec les familles et le réseau social de l'usager, à intervenir aussi bien au «388» que dans le milieu où vit l'usager.

L'animateur responsable d'un usager constitue donc pour ce dernier un point de repère stable. En plus de participer activement aux rencontres de l'équipe de soins où se prennent les décisions concernant les orientations de traitement, l'animateur suivra l'usager dans son cheminement quotidien, l'accompagnera dans la période de crise en ayant des interventions d'encadrement de façon intensive et continue, ira chercher un usager chez lui quand cela s'avérera nécessaire, participera à des activités de groupe avec les usagers, etc. Bref, l'animateur responsable sera toujours en mesure de nous renseigner sur l'état mental de l'usager, ses occupations, son cheminement et ce, même si ce dernier n'est pas venu au Centre depuis plusieurs jours. Cette polyvalence des tâches attribuées à l'animateur est essentielle si on veut vraiment offrir une continuité dans les soins.

D'autre part, la permanence des services du soir et de la nuit est maintenue par la présence constante du personnel (animateurs). Ces derniers, en plus des multiples interventions exigées par la présence des usagers en soins sur place 24 heures/jour (les résidents), accueillent les patients externes qui peuvent, en dehors des heures du jour, se présenter à toute heure du soir ou de la nuit dans des moments de panique ou quand ils ont besoin d'un support. De plus, ils assurent un service d'interventions téléphoniques. L'expérience nous a permis de constater que cette permanence de services est absolument essentielle avec la clientèle que nous desservons. Le simple fait de savoir qu'il est possible de téléphoner ou de venir à n'importe quelle heure du jour ou de la nuit permet souvent à un usager qui traverse une période d'angoisse, de se maintenir dans son lieu de vie.

Il est important à cet égard de souligner que les trois psychiatres travaillant au «388» se partagent aussi à tour de rôle un service de garde sur appel

24 heures par jour et 7 jours par semaine. Ce service de garde s'est avéré également essentiel. En effet plusieurs interventions ponctuelles du psychiatre ainsi placé en première ligne, ont contribué par la rapidité avec laquelle elles pouvaient être faites, à désamorcer une crise, à évaluer rapidement les changements à apporter dans les soins donnés, dédramatisant et réaménageant souvent ainsi une situation difficile avant qu'elle n'évolue à un point tel qu'elle ne puisse être traitée dans les limites du programme.

Tout à fait dans le même sens, la souplesse d'une ressource telle que la nôtre où la bureaucratisation est réduite à son minimum, le suivi étroit dont bénéficie chacun des usagers, la rapidité avec laquelle une décision de résidence peut être prise, permettent de traiter la crise dès l'apparition des premiers signes de désorganisation psychique. Petit à petit l'individu apprend à reconnaître les conditions, les contextes où apparaissent les états de crise, assumant lui-même au fur et à mesure de son évolution, ces périodes plus difficiles qu'il traverse avec des moyens de plus en plus appropriés.

En plus de cette souplesse que permet la structure de notre ressource quand il nous faut proposer la résidence à un usager, le fait d'être installé dans la ville offre des conditions de traitement de la crise qui sont autres que celles de l'institution hospitalière. Situé en plein quartier urbain, le Centre est établi dans une maison ouverte et ne dispose d'aucun moyen de contrainte physique. Les conditions à mettre en place pour fournir à l'usager en crise l'encadrement nécessaire pour traverser sans trop de heurts cette période difficile, ne peuvent être établies qu'à partir d'ententes verbales prises avec celui-ci. De plus, le fait de ne pas être exclu, isolé, coupé du monde et de la réalité extérieure pendant ce temps de désorganisation, rend moins pénible pour l'usager le retour à une vie sociale active.

Le traitement de la crise dans une structure ouverte et insérée dans la communauté maintient pour l'usager un minimum d'exigences de vie sociale. Circulant librement dans le Centre et dans le quartier de la ville, il sera soumis aux mêmes contraintes et règles sociales que chacun. Le maintien de ce cadre définit les limites à l'intérieur desquelles devra se déployer la crise. Ainsi nous avons pu constater qu'au-delà des préjugés qu'on peut avoir sur la violence et l'incontrôlable de la crise psycho-

tique, les usagers se présentent différemment s'ils sont dans un contexte où l'exigence de maintenir un minimum de rapport adéquat avec autrui et avec l'environnement est clairement posé. Du coup c'est leur dignité d'être humain qui est sauvegardée et qui leur permet de traverser une période de désordre psychique sans avoir au sortir de la crise le sentiment d'avoir tout détruit autour d'eux. Tout en étant aussi profonde qu'elle l'était au moment où elle nécessitait une hospitalisation, la crise prendra petit à petit des formes moins handicapantes pour l'individu qui la vit. Comme si elle devenait peu à peu aménageable, l'individu utilisant des moyens qui permettent de circonscrire l'espace touché par la désorganisation psychique. Nous pensons ici à certains usagers qui en sont arrivés avec le temps à reprendre un travail ou une activité sociale importante et qui, au moment de périodes de crise, repèrent les signes avant-coureurs, demandent de l'aide avant que la situation ne soit trop dégradée et utilisent les moyens socialement acceptables tels les congés de maladie pour se retirer le temps nécessaire.

Dans une communication faite à Paris en octobre 84 lors du congrès international de psychiatrie sociale, nous abordions cette question du traitement de la crise hors des murs de l'hôpital. «Au début, les crises chez les psychotiques désorganisaient aussi le fonctionnement quotidien du «388» car elles mobilisaient énormément les intervenants: ils avaient peur de ce qu'ils voyaient se dérouler devant leurs yeux, alors qu'ils n'avaient pas encore développé de moyens pour intervenir dans le cadre d'une maison ouverte.»

«Implicitement plusieurs parmi ceux qui avaient eu une expérience de travail antérieur avec les psychotiques en milieu institutionnel remettaient en cause le fait de pouvoir traiter des gens en crise en dehors des cadres de l'hôpital.

En effet, à ce moment-là, les intervenants n'étaient pas conscients que les réunions cliniques, les supervisions individuelles, les journées trimestrielles de revision clinique, mises en place à leur intention, allaient devenir pour eux l'agent de canalisation de leur affolement. Soutenus par cet encadrement, ils ont pu peu à peu, développer des façons d'intervenir qui leur étaient propres puisqu'ils apprenaient aussi à négocier leur propre insuffisance et leur limite face à la folie.

Nous savons comment dans le contexte hospitalier, la structure rigide de fonctionnement oblige à traiter toutes les personnes en crise à peu près de la même façon. Au «388» nous utilisons l'histoire de l'individu et sa dynamique intrapsychique pour décider à partir de quoi nous intervenons en temps de crise. Ainsi avec chaque patient, sera posé pour les intervenants le défi de créer un mode d'intervention qui soit efficace parce que lié à la singularité de la «bouffée psychotique» de chacun.» (Bergeron et Cantin, 1985.)

Par ailleurs la multitude des interventions possibles dans la communauté et la permanence des services permettent de réduire au minimum la durée des périodes de résidence au «388». Très rapidement d'autres moyens doivent être envisagés avec l'utilisateur, établissant pour un temps par exemple un horaire de fréquentation du Centre s'échelonnant sur les périodes du jour et du soir, ce qui lui permettra de passer la nuit à son domicile tout en sachant qu'il n'est pas laissé à lui-même et qu'il peut à toute heure faire appel aux intervenants.

Offrir des soins globaux signifie donc pour nous autant la dispensation de soins (tels le suivi psychiatrique, la cure individuelle, le traitement de la crise), l'aide et l'accompagnement dans les démarches concrètes nécessaires à la réarticulation sociale de l'utilisateur (logement, travail, études, projet social, démarches administratives, etc.), que l'articulation du sujet à l'espace social à travers des activités qui structurent un temps de production et de créativité subjectives tout en ouvrant le champ du rapport à autrui et à la société. Ainsi par exemple, les activités quotidiennes offertes par le Centre s'adressent aux usagers qui depuis longtemps ou temporairement n'ont aucune activité ou projet si minime soit-il, et pour qui le temps est déstructuré. En plus d'être changeantes d'une saison à l'autre, leur choix est déterminé par la nécessité de ne pas être stériles. Elles doivent donc servir à quelque chose, déboucher sur un projet personnel, redonner le goût d'une production, d'un travail, ouvrir des possibilités à l'expression et à l'articulation sociales du sujet, faire découvrir des talents artistiques, restaurer un mode d'être avec les autres qui soit agréable et sain, etc.

Ainsi par exemple cet atelier de création d'emploi où les usagers, après avoir élaboré en groupe un projet de travail pour lequel ils ont dû aller suivre

un cours offert par le C.L.S.C. de la région, et après avoir demandé une subvention qui leur a été refusée, ont poursuivi à travers une démarche personnelle, un travail de recherche d'emploi. Même si le projet de groupe a échoué, nous nous sommes rendus compte que cette expérience avait été l'occasion pour la plupart des usagers qui étaient inscrits à cet atelier, de retrouver l'énergie et le désir de reprendre ou de se trouver un travail. De même les ateliers de création (arts visuels, céramique, musique, écriture), qui sont animés par des artistes de la région qui ont une production artistique publique et qui viennent, chacun quelques heures par semaine, travailler leur art avec les usagers. L'animation de ces ateliers par des artistes, en plus de garantir une qualité du travail qui y est fait, inscrit l'atelier de création tout à fait hors du champ des soins et protège les usagers contre toute forme d'interprétation «thérapeutique» que pourrait générer sa production artistique.

Bref, les activités, comme pour chacun de nous, doivent répondre à des objectifs précis qui ne soient pas artificiels c'est-à-dire établis simplement pour «passer le temps». L'utilisateur du Centre doit s'inscrire à un minimum d'activités comme il s'engagerait à un travail. Dans les périodes de désorganisation psychique ou pour ceux dont la désarticulation sociale est telle quand ils arrivent au Centre qu'ils n'ont plus depuis longtemps la moindre occupation, le seul fait d'avoir un horaire d'activités à respecter, scande et structure le temps. Mais plus encore, les activités proposées doivent utiliser les ressources mises en place par la communauté, être utiles à l'articulation dans la société actuelle (atelier d'informatique par exemple) et déboucher à plus ou moins long terme sur un engagement social qui sera particulier à chacun et qui peut prendre des formes multiples.

L'ensemble des services offerts à la clientèle qui fréquente le Centre, les axes de la vie du sujet qu'ils veulent toucher de même que le cadre à l'intérieur duquel ils s'inscrivent sont déterminés par l'approche psychanalytique qui leur donne un style et une efficacité clinique. Bien sûr des aspects fondamentaux dans la cure du psychotique sont ici reconnus tels l'individualisation et la globalité du traitement, la continuité des soins par une même équipe pendant les périodes de crise autant que dans les périodes de réorganisation psychique, la permanence du

travail de réarticulation sociale rendu possible par la localisation du milieu de soins au sein de la communauté. Mais tout ceci ne peut être efficace que dans la mesure où l'empreinte d'une approche clinique marque et oriente une façon de faire, un mode d'être avec les usagers tout en donnant une cohésion à l'ensemble des interventions qui sont faites auprès de lui. Ainsi aux gens qui venaient demander aux usagers ce qui les avait le plus aidés dans tous les services offerts au «388», ces derniers commentaient leur cheminement dans le Centre non pas en pointant tel ou tel des services mais parlaient plutôt du fait qu'ils étaient «pris au sérieux, ne se sentant pas comme des malades». Ils soulèvent très justement dans ces propos l'importance d'être considérés non plus comme des «objets à traiter» mais comme des sujets dont on attend une parole propre et un engagement personnel dans la gestion de leur vie, de leurs angoisses, de leurs rapports aux autres, etc.

PSYCHANALYSE ET PSYCHOSE

Si la conception et l'organisation du Centre se soutiennent fondamentalement de l'idée qu'il est possible de traiter la crise psychotique hors de l'hôpital à la condition de pouvoir offrir des soins et des services qui couvrent les différentes sphères de la vie touchées par la désorganisation psychotique, sa particularité se situe sans doute dans l'approche clinique psychanalytique qu'il promeut.

Concilier psychanalyse et clinique de la psychose ne semble souvent pas évident pour ceux qui, dans les services publics, sont confrontés aux problèmes multiples que présentent les psychotiques qu'on dit «chroniques» ou en voie de chronicisation.

Inscrits dans l'axe psychanalytique freudien tel que promu par l'enseignement de Jacques Lacan, les travaux menés au GIFRIC depuis plus de douze ans, sur la problématique clinique de la psychose et les enjeux de la cure, nous ont permis de mettre en place dans le cadre d'un Centre de soins publics un champ analytique pour le traitement du psychotique.

Il va de soi pour nous que la cure analytique avec la clientèle que nous recevons est à penser différemment de la situation classique divan-fauteuil et qu'elle ne saurait se réduire uniquement au cadre du traitement individuel.

En plus d'ouvrir et de constituer un champ qui détermine le cadre dans lequel trouve à se théoriser notre pratique clinique, la psychanalyse a institué pour nous cette position particulière d'où le phénomène de la psychose est entendu et appréhendé autrement que dans une problématique de «maladie» dont il faut guérir.

Si de tout temps il a fallu trouver des façons de mettre le fou à l'écart que ce soit en l'isolant, en l'enfermant ou en le réduisant à n'être que l'objet malade qui interroge notre savoir, c'est sans doute que nous sommes profondément dérangés par celui que nous disons fou, par le discours qu'il tient. Quelque chose comme les assises mêmes de la raison, du sens qu'on dit «commun» et sur lequel reposent nos croyances les plus profondes risquent d'être contaminées, entamées si nous remettons en cause cette position d'extériorité dans laquelle nous plaçons le psychotique. Nul être humain ne peut éviter sinon l'angoisse du moins le questionnement profond que provoque la rencontre du psychotique. Lacan dans une conférence prononcée en novembre 1967 sur la psychanalyse et la formation du psychiatre parlait justement de cette rencontre du psychotique, disant «que celui qui se pose en sa présence est, qu'il le veuille ou non, concerné... S'il n'est pas concerné, c'est par certains procédés qui se manifestent quand on y regarde de près. C'est-à-dire qu'il interpose entre le fou et lui, un certain nombre de barrières protectrices, qui sont à la portée des grands patrons, il met par exemple d'autres personnes que soi, qui lui fournissent des rapports... Et puis, pour ceux qui ne sont pas des grands patrons, il suffit d'une petite idée, un organodynamisme, ou n'importe quoi d'autre, une idée qui vous sépare de cette espèce d'être qui est en face de vous...» (Lacan, J.)

La psychanalyse ne peut promouvoir cette position de retranchement derrière le mur de la raison. Elle s'intéresse justement à ce qui ne se laisse pas comprendre, à l'insensé de l'inconscient, du délire, à ce qui fait défaillir nos savoirs scientifiques. Aucun dogme, aucune certitude, aucune vérité ne se laissent saisir. Tout ce que la psychanalyse offre se réduit à ce savoir qu'il n'existe aucune vérité, aucun remède qui puisse calmer la souffrance du psychotique en reléguant ses interrogations et ses angoisses à n'être que le fruit d'un malaise ou d'un dérèglement de l'esprit.

Ce qui le distingue du névrosé est peut-être l'habileté qu'a ce dernier à oublier, à construire un empire de sens (qu'il soit religieux, scientifique ou autre) et qui lui sert de garde-fou, de balises. Toutes ces choses inutiles qu'il fait et sur lesquelles il brûle sa vie, le névrosé y croit... du moins jusqu'à ce qu'un grand bouleversement tel la mort d'un être aimé, une maladie physique incurable, une faillite, viennent tout remettre en cause pour lui. Le névrosé passe sa vie à croire. Croire que la vie a un sens, croire à ce qu'il fait comme travail, croire à l'amour, etc. Il oublie qu'il ne sait pas pourquoi il vit, il oublie la mort, il oublie qu'il est dans l'illusion du sens.

La psychanalyse fournit au psychotique un cadre à l'intérieur duquel il lui sera possible d'accéder à cet univers autre qu'est celui du langage et de la métaphore et qui permet la construction de sens arbitraire et infondé qui offre un répit et un terrain d'oubli au vide de nos vies. La cure individuelle vise à travers la prise de parole, la promotion d'un espace propre nécessaire à la création d'objets, de projets arbitraires qui viendront pallier au vide auquel le psychotique est confronté. Ses effets de sens viennent en lieu et place du délire et du symptôme que le psychotique avait produits pour colmater le trou laissé par l'absence de croyances qui l'auraient articulé à sa socio-culture et à l'histoire.

Dans *Parole et rupture institutionnelle dans les alternatives*, Willy Apollon (1984) développe le concept de fictions provisoires que le psychotique doit pouvoir créer: «L'enjeu de la folie est dans cette instance d'une parole pour trouver son lieu propre, cet indestructible d'une exigence intérieure d'être entendu pour des désirs, des attentes qui n'ont pas leur lieu, ni même des signes pour être reconnus dans l'espace symbolique que les institutions définissent et entretiennent. Toutes les folies quêtent désespérément un ordre des signes, ou simplement peut-être des lézardes dans l'empire symbolique du sens institué, des mythes ou des fictions provisoires, qui les autorisent à se faire entendre.» (Apollon, 1984b)

Mais pour que ce travail soit possible et efficace, il faut que l'individu ait accès à l'ordre de la représentation, au champ du symbolique et du langage en tant que cet espace, produit par le langage, le symbole, la métaphore, est le lieu même où se cons-

tituent les effets de sens pour le sujet dans l'articulation au lien social. Aussi la structure même du Centre, les services qu'il propose et les balises mises en place dans l'établissement des règles claires de fonctionnement doivent restaurer cet espace d'articulation de la subjectivité à l'espace social. Plutôt que de définir le terrain du possible et de l'agir par des contraintes physiques, la seule référence à des règles de fonctionnement énoncées dans le langage devra délimiter le champ de l'interdit et de l'impossible. Ces règles posées ne sont crédibles que si elles garantissent à chacun une place et une parole dans le respect des autres et dans leur articulation aux exigences sociales et culturelles.

Le champ de l'impossible est défini entre autre pour l'être humain par son articulation au langage, à une socio-culture et à une histoire sociale qui exigent de lui qu'il fasse le deuil d'une satisfaction totale s'il veut vivre avec les autres. La perte ainsi constituée est du même coup ce qui permettra au sujet de se mettre en quête d'une expression et d'une satisfaction qui devra s'articuler à l'espace symbolique et social où il est inscrit. Nul être humain ne peut échapper à cette perte introduite par le symbolique puisqu'il est dès sa naissance pris dans une culture, une société, un groupe familial.

L'approche psychanalytique appliquée au traitement du psychotique est en cours déjà depuis plus d'un demi siècle. Nous pensons ici aux grands spécialistes dans ce domaine qui, à partir des travaux de Freud, ont développé des techniques tout à fait particulières dans le traitement des psychotiques: Frieda Fromm-Reichmann, Harold Searles, Mélanie Klein, P.-C. Racamier, Gisela Pankow. Jacques Lacan, quant à lui, a particulièrement fait avancer la théorie psychanalytique de la psychose. En effet, il est sorti de la problématique de l'Oedipe, déjà exploitée à bon escient pour expliquer les phénomènes névrotiques mais insuffisante pour appréhender la question de la psychose, et s'est penché sur les phénomènes sociaux et parentaux «fabriquant» des psychotiques.

Lacan a, entre autres, articulé son travail à la réflexion issue des sciences telles que la linguistique, l'anthropologie, les mathématiques et l'ethnologie et a tenté de rendre compte de cette structure qu'est la psychose qui, parfois, amène l'individu dans une impasse et une difficulté à supporter la vie.

Ainsi l'élaboration par Lacan de certains concepts tels que le stade du miroir, la forclusion des Noms-du-père, a permis de penser et de rendre compte du phénomène de la psychose. L'intérêt de tout effort de conceptualisation et de théorisation demeure toujours l'efficacité de l'intervention qu'elles permettent. Aussi le fait de sortir de la structure oedipienne, ouvre-t-il un champ autre que celui de la sexualité, du désir, du refoulement, de l'interdit culturel. Face au psychotique, le clinicien est interrogé par un autre ordre de questions, peut-être plus fondamentales, dans la mesure où ce sont ces questions mêmes qui sont refoulées par les croyances, les mythes, qu'investit le névrosé pour donner un sens à sa vie.

Aussi ce qui inquiète le psychotique concerne le pourquoi de son existence, le sens de la vie et de la mort, le fondement de l'ordre établi par la culture à travers le langage, les symboles, les lois, les règles de coexistence, etc. Comme s'il était abandonné à cette absence de certitudes, de vérité, mais sans avoir eu accès à l'univers du semblant créé par le langage, le champ de la représentation symbolique qui offre de quoi supporter le manque de fondement de l'existence humaine. Bref, sans avoir accès à la production d'une aire de distraction, sans cette possibilité de faire diversion pour vivre en échappant à l'insupportable angoisse que rencontre l'être humain quand il pense à la futilité du sens donné à sa vie.

Quelque chose semble faire défaut dans la psychose, qui concerne entre autre l'établissement des assises identificatoires et la mise en place du refoulement primaire, c'est-à-dire ce qui fait de l'être humain un sujet, un être assujéti, à travers le discours parental, à la culture, au champ de la représentation symbolique. L'être humain est toujours déjà pris dans le langage, dans la culture, il est un être social. S'il veut vivre avec les autres, la satisfaction de ses pulsions devra passer nécessairement par les règles sociales et culturelles.

Tout enfant vient au monde dans une structure familiale, dans une parenté et à un moment précis de l'histoire de ce groupe familial et parental. Ainsi, la famille constitue le premier groupe social où devra s'inscrire l'enfant. Elle sera donc pour ce dernier, le premier lieu d'articulation au social et au culturel. En effet, la famille doit se constituer en groupe où les règles de fonctionnement et la crédi-

bilité accordée à l'autre priment sur les rapports de force, introduisant ainsi l'enfant à l'espace de vie créé par la culture et par la primauté du symbolique chez l'être humain.

Le discours des parents et celui de la parenté sur l'enfant, présidant à sa naissance et le désignant comme être pour la vie, être social, est formé de traits signifiants qui l'inscrivent dans l'univers des symboles, l'ordre symbolique. Ce premier temps d'entrée dans l'univers du symbole fera de l'être un être humain. «L'être humain n'est pas simplement aux prises avec des besoins physiologiques à satisfaire; dès sa naissance et bien avant, il est parlé par les parents, soumis à leurs désirs, leurs insatisfactions, leurs ambitions les plus significatives. Il porte déjà donc les marques de ces espoirs et craintes qui président à sa naissance. Ces marques signifiantes l'inscrivent dans l'ordre des symboles, de tout ce qui peut être signifiant et faire sens pour ses parents» (Apollon, 1984a, 53).

Dans une première étape donc, les parents font accéder l'enfant à la loi, aux règles du jeu social barrant le rapport de force entre les êtres et assurant ainsi une aire où la coexistence sera possible. Cette barre posée sur la jouissance réelle c'est-à-dire celle qui s' imagine comme la jouissance totale, sans reste, ouvre un accès à l'ordre symbolique, cet ordre de la culture, déjà constitué par la civilisation et transportant avec lui la faille, la souffrance, les insatisfactions, l'incapacité de l'Autre, qu'il soit Dieu, la Science ou toute autre illusion, à combler l'individu, à lui épargner l'angoisse face aux éléments naturels, à la maladie et à la mort.

Pour le psychotique, cette première étape de liaison à la culture, de mise en place d'une identification à travers les signifiants donnés par les parents, signifiants des désirs parentaux qui donnent un sens à la vie, ce premier temps d'installation des processus primaires, d'accès au refoulement du naturel, du réel, ne fonctionnera pas. «Ces représentations premières et fondamentales à la constitution du symbolique et de l'être pour le sujet, Lacan les désigne des «Noms-du-père» et fait de leur forclusion ou de leur absence, la cause de la psychose» (Apollon, 1984a), 54).

C'est comme si dans certaines familles, ces signifiants primordiaux qui permettent l'identification du sujet tout en l'articulant à une histoire familiale, parentale, sociale et culturelle, manquaient. Comme

si rien n'était venu là signifier l'impossibilité structurale de la jouissance totale chez l'humain toujours déjà soumis aux règles culturelles et au langage dans lequel s'inscrit sa quête de satisfaction. Comme si rien n'était venu référer l'enfant à cet ailleurs symbolique et socio-historique où le réel peut trouver à se métaphoriser et où peuvent être produites des fictions pour la vie.

Dans la parenté, c'est la fonction paternelle, habituellement tenue par le père de famille dans notre culture, qui vient représenter cette exigence de la perte en même temps qu'il vient supporter la production d'un espace de survie possible à chacun. C'est en effet celui qui tiendra la fonction paternelle qui viendra signifier à l'enfant qu'il ne peut avoir sa mère pour lui seul, qu'elle désire ailleurs; lui aussi qui imposera à la mère la coupure d'avec l'enfant, qui l'empêchera d'utiliser l'enfant comme objet qui viendrait combler ce qu'elle ressent comme manque dans la vie. Il viendra faire tiers et sortira l'enfant de cette relation duelle primaire mortifère. Par sa parole sur la nécessaire séparation entre l'enfant et sa mère il marquera pour l'enfant l'impossibilité de la jouissance totale et introduira en lui la perte fondamentale de l'être humain à partir du moment où il s'inscrit dans le langage, dans une socio-culture qui définit les modalités que devra prendre la recherche de satisfaction des pulsions. Tout ne sera pas possible, il y aura du manque. Cette perte sera à l'origine de la subjectivité, de la créativité, pris dans la roue du désir, dans la mesure où le désir ne peut naître que du manque.

Si la fonction paternelle est bien tenue, une série de signifiants venant des parents pourra être transmise à l'enfant et lui donnera une place dans sa famille et dans la société dans laquelle il vit. Cette série de signifiants lui servira de repère identificatoire pour qu'il puisse advenir en tant que sujet social, en tant qu'être de discours, être de langage.

Chez le psychotique, la forclusion des Noms-du-père aura comme conséquence son incapacité à construire des croyances et à vivre à partir de cela. L'absence du signifiant des Noms-du-père, sa forclusion, empêchera l'enfant de s'articuler à sa socio-culture et le maintiendra dans la dualité d'un rapport à l'Autre non médiatisé par le tiers culturel, l'exposant à l'impossible jouissance de ses parents, à l'échec inévitable de leur quête de satisfaction,

le laissant incapable de référer ce manque à un défaut structural, qui n'est imputable à personne. Il se croira livré à cette quête impossible ou encore tenu d'y remédier ou d'y pallier au prix de sa vie.

Si pour un sujet le langage, l'ordre socio-culturel est galvaudé dans ses fonctions métaphoriques, il ne pourra vivre à partir d'une crédibilité accordée à d'autres; pris dans un langage dont il redoute et conteste l'arbitraire, ayant perdu les repères symboliques communs aux membres de son groupe socio-culturel, n'ayant pu s'accrocher au mythe familial, il arrive à peine à survivre dans un imaginaire désstructuré.

Il est alors plongé dans un univers de fantasmes archaïques persécuteurs où violence, amour, haine coexistent et ne se distinguent plus. La perte des repères symboliques, des règles d'échange socio-familiales et culturelles, brouille la division entre fantasme et réalité.

Comment alors remplacer la forclusion des Noms-du-père et transformer le délire en fictions provisoires, en production de fictions temporaires, permettant au psychotique de se situer dans un réseau socio-familial et culturel et d'y circuler? Comment ouvrir un espace de parole pour cet être trahi par le langage? C'est la question de l'ensemble de la cure du psychotique, de sa problématique, de son déroulement, de ses enjeux. Il ne s'agit pas ici d'en faire état puisqu'à elle seule, cette question nécessiterait un développement qui dépasse le cadre de notre propos ici. Mentionnons seulement que nous entendons ici par cure l'ensemble du traitement du psychotique.

En effet, bien que nécessaire dans plusieurs cas, la cure individuelle n'est pas suffisante pour la clientèle que nous recevons et qui est composée de psychotiques dont la maladie et la symptomatologie ont été ou sont présentes au point d'avoir provoqué une désorganisation devenue «chronique» de toute leur vie sociale, familiale et affective. Nous avons donc organisé des conditions de soins en groupe tout en favorisant la cure individuelle. Il fallait proposer un cadre où les exigences et conditions de coexistence en société sont incontournables et ceci dans le but de leur donner accès à la restauration et à l'aménagement d'un rapport à autrui et à l'ordre social, avec un minimum de satisfaction pour eux.

Nous tentons de produire avec le patient à partir de son histoire, des points d'ancrage efficaces dans une «réalité sociale» par l'élaboration d'un premier projet social, si minime soit-il.

Par ailleurs, l'écoute du discours du psychotique et de celui de sa famille, le repérage des structures familiales et parentales où il se situe, l'exigence de la mise en parole donc de symbolisation là où se présentent la crise, le symptôme, «l'acting-out», sont autant d'axes du travail analytique.

ÉVALUATION DU PROGRAMME ET ÉVOLUTION DE LA CLIENTÈLE

À l'occasion du colloque de la section psychiatrique de l'Association des hôpitaux du Québec en mars 85, intitulé «Vers une politique en santé mentale; 25 ans après la Commission Bédard, Lazure et Roberts», le ministre Chevette qui faisait la conférence de fermeture du colloque parlait ainsi du «388»: «À Québec, une expérience conjointe du public et du privé est menée présentement par le C.H.R.G. pour offrir dans la communauté des services spécialisés de traitement de psychotiques. En offrant des services de jour, de crise et en résidence, ils réussissent à réduire l'hospitalisation de cette clientèle et à améliorer sa qualité de vie. Ils ont de plus intégré à leur expérience un processus de recherche évaluative.»

Au moment même de la conception du projet qui allait présider à la mise sur pied et à la réalisation du Centre, il nous apparaissait clair qu'il nous fallait introduire les moyens d'évaluer l'ensemble de notre intervention. Comme dans l'ensemble du travail produit par le GIFRIC où la recherche se doit d'être articulée au plus près de l'intervention, l'évaluation du programme de soins proposé au «388» devait se faire en mettant en place une recherche servant à éclairer notre pratique clinique, à en évaluer l'efficacité, à établir de façon précise les orientations à garder, les rectifications ou réorganisations à effectuer si nécessaire, etc. Par ailleurs, en plus de fournir les moyens d'orienter notre pratique clinique quotidienne, la recherche devait à long terme évaluer l'efficacité de l'ensemble de notre intervention en égard des objectifs de départ soit la diminution des hospitalisations, la réarticulation sociale.

Il nous semble important qu'un programme de

soins aussi nouveau qui veut travailler à long terme avec une clientèle psychiatrique qui est reconnue comme la plus difficile à traiter, bénéficie d'un minimum de temps de fonctionnement avant de faire l'objet d'évaluation. En plus de produire des résultats et conclusions qui, parce que trop hâtifs, feraient prendre aux instances décisionnelles des orientations inappropriées, les données recueillies par une évaluation précipitée risqueraient d'être erronées du point de vue scientifique. Nous savons en effet que le traitement d'un psychotique doit pouvoir être évalué à long terme si nous voulons vraiment calculer de façon valable la portée de notre intervention.

De plus, les résultats obtenus doivent pouvoir être comparés à ceux obtenus avec une clientèle semblable à l'intérieur de services de soins spécialisés déjà existants dans le réseau public et ce, en fonction des mêmes objectifs d'efficacité clinique. Nous pensons ici par exemple aux départements psychiatriques des hôpitaux généraux aussi bien qu'aux services d'admission des hôpitaux psychiatriques. Si une proportion de notre clientèle nous a été adressée par les hôpitaux psychiatriques, nombreux sont les patients qui nous ont été adressés par les services psychiatriques des hôpitaux généraux où ils étaient traités jusqu'alors, précisément au moment où une nouvelle orientation s'imposait étant donné le manque de ressources disponibles en hôpital général. Le psychiatre traitant antérieur référant nous disait alors que tel ou tel patient allait être dirigé vers l'hôpital psychiatrique à la prochaine rechute. Nous aurons l'occasion de détailler plus loin les particularités, la provenance et l'évolution de notre clientèle. L'intérêt étant pour nous de souligner à ce moment-ci de notre réflexion sur l'évaluation du programme, la nécessité de garder comme point de comparaison des ressources qui offrent également des soins spécialisés globaux, évaluant aussi bien l'efficacité clinique que la rentabilité sociale et économique. Ainsi il n'est pas suffisant d'évaluer la disparition des symptômes psychotiques actifs, encore faut-il faire état de l'évolution de l'ensemble des sphères de leur vie (familiale, affective, sociale, économique, etc.) qui étaient touchées par leur souffrance psychique. Cette remarque est trivialement illustrée par les différents rapports produits sur la clientèle des hôpitaux psychiatriques dont les chiffres nous apprennent qu'environ les deux tiers de cette population n'ont plus besoin des

services hospitaliers, ne présentant plus de symptômes psychiatriques actifs. Ils demeurent pourtant souvent très handicapés par l'exclusion sociale qu'ils vivent depuis plusieurs années.

De plus, nous croyons qu'il est nécessaire de définir clairement avec le temps le type de clientèle que nous ne pouvons traiter dans un programme de soins comme le «388». Déjà après 4 ans de fonctionnement nous voyons se dégager un certain nombre de caractéristiques qui semblent influencer l'intégration d'un usager au Centre de même que celles qui doivent motiver notre refus de tel patient (toxico-manie essentielle, éléments psychopathiques importants, patients sous ordonnance de garde du lieutenant-gouverneur par exemple). La diversité des problèmes posés par la clientèle de psychotiques rend nécessaire la mise en place d'une multitude de programmes, différents les uns des autres.

Au moment de l'ouverture du Centre, il nous apparaissait essentiel de disposer d'un fonctionnement d'au moins cinq ans avant de procéder à la production des premiers rapports d'évaluation. Cette décision s'appuyait sur des considérations théoriques liées à la clientèle que nous avions à traiter d'une part, mais elle tenait compte également des limites des recherches habituellement produites par les gens qui comme nous, ont à évaluer un programme nouveau dans le traitement des psychotiques. En effet, la plupart de ces études portent sur un ou deux ans de traitement. Or tous ceux qui travaillent avec les psychotiques qu'on dit chroniques ou en voie de chronicisation savent que cette période est nettement insuffisante pour arriver à des conclusions pertinentes. Juger après deux ans de traitement de la guérison ou de la rémission d'une affection psychique chez une personne qui depuis quelque dix ou quinze ans accuse des dysfonctionnements psychiques ou sociaux importants, ne peut être considéré sérieusement par quiconque se «coltine» le traitement de la psychose.

Ainsi des études peuvent faire état d'une diminution du nombre d'hospitalisations après deux ans de traitement mais il serait davantage intéressant de pouvoir constituer à plus long terme et pour un individu donné un profil de son cheminement sur plusieurs années et qui tienne compte d'un ensemble de facteurs. Évaluer par exemple non seulement le nombre des hospitalisations mais aussi leur durée, le temps moyen écoulé entre les hospitalisations et

ce, en comparaison avec les mêmes données couvrant les années antérieures. Une telle évaluation doit également tenir compte du nombre, de la durée, de la fréquence et de la profondeur des périodes de crise que l'individu vit même s'il n'est plus nécessairement hospitalisé, de façon à rendre compte des moyens qu'il prend, autres que l'hospitalisation, pour négocier ces moments de désordre psychique, la façon dont ces moyens ont pu être élaborés, etc. Autrement dit, dans la conjoncture actuelle où l'hôpital demeure ou a été pour plusieurs le seul lieu de traitement de la crise, la diminution des hospitalisations ou même de la médication est souvent progressive et liée à la mise en place d'autres services à offrir au psychotique de façon à ce qu'il développe petit à petit des moyens qui lui rendent possible de vivre la crise ailleurs qu'à l'hôpital.

Nous constatons par exemple que certains de nos patients sont retournés à l'hôpital au moment où ils ont vécu leurs premières rechutes au «388». Ils étaient hospitalisés souvent moins longtemps qu'auparavant, gardaient un contact avec les intervenants du «388» et revenaient après leur séjour hospitalier. Nous avons pu remarquer que ces hospitalisations se produisaient en général pendant la première ou la deuxième année de leur traitement au «388». Comme si pour quelques-uns, un temps était nécessaire avant de pouvoir penser traverser une période de crise aiguë au «388».

Par ailleurs, parallèlement à cet aspect purement clinique, il est essentiel de trouver dans ces recherches les données concernant l'évaluation de la qualité de la vie sociale, affective, familiale de l'individu de façon à produire une véritable évaluation de l'amélioration de la clientèle.

UN PREMIER PORTRAIT D'ÉVOLUTION DE LA CLIENTÈLE

Bien que soucieux de respecter tous ces critères nécessaires à la qualité d'une véritable recherche évaluative, nous avons tenu à produire après deux ans de fonctionnement, un premier bilan d'évaluation du Centre. Ce rapport, en plus de reprendre l'histoire de la conception et de la réalisation du programme, les grandes orientations et une description sommaire de l'organisation du Centre, fournissait des données sur les caractéristiques de notre clien-

tèle et sur l'évolution de quelque 64 patients traités au Centre.

Le rapport ayant été produit et rédigé à l'été 84, c'est-à-dire après les deux *premières* années de fonctionnement du Centre, il faut souligner que cette période couvre nécessairement un temps de rodage dont il faut tenir compte. Ce n'est non seulement le fonctionnement général du Centre qui était à mettre au point mais aussi nos critères d'admission. Ainsi par exemple, pendant les premiers temps, le manque d'informations nous a fait accepter des patients que nous n'aurions pas admis si nous avions connu leurs antécédents. Ces derniers, qu'il s'agisse de toxicomanes ou de gens ayant des antécédents judiciaires, faisaient donc partie de cette liste de patients qui constituait notre base de données pour le rapport. De même certains autres patients très institutionnalisés, que nous avions admis et dont le traitement n'a pas fonctionné au Centre se sont retrouvés dans un département de long terme de l'hôpital où on pensait déjà les diriger avant leur venue au «388».

Par ailleurs, nous tenons à faire remarquer que les données fournies dans le rapport concernant l'évolution des patients étaient obtenues pour des patients qui étaient traités au Centre depuis *au plus* deux ans et demi. Il ne pouvait donc s'agir pour nous de résultats de recherche mais bien plutôt d'un premier regard possible sur l'évolution clinique des patients.

Les données présentées dans ce rapport ont donc trait à l'évolution des 64 patients qui ont été traités sur une période de temps que nous jugions quand même suffisamment longue pour que nous puissions en faire un premier examen. Ont donc été mis à l'écart ceux par exemple qui étaient traités au Centre depuis moins de six mois.

Nous pouvons faire d'abord état des caractéristiques socio-démographiques de cette clientèle étudiée en 1984. Elle était composée de 54,7% d'hommes et de 45,3% de femmes. L'âge moyen était de 27 ans. Les données concernant la scolarité des patients démontrent que 64% de ceux-ci n'avaient pas pu compléter une scolarité de Cegep. Ceci concorde également avec les données relatives à l'âge d'apparition des symptômes dont nous parlerons plus loin et qui, pour plusieurs, fait remonter à cette période, le moment du déclenchement de la maladie.

Dans un deuxième temps, nous avons dégagé des données relatives à la lourdeur et à la gravité des problèmes présentés par notre clientèle. Ainsi selon les dossiers antérieurs obtenus au moment de l'admission, 90,6% de notre clientèle avait eu un diagnostic de psychose dont 73,4% un diagnostic de schizophrénie. Les 9,4% restants, sans avoir de diagnostic de psychose, avaient présenté des troubles d'adaptation sévères liés à une symptomatologie grave ayant entraîné une désarticulation sociale importante et/ou des hospitalisations en psychiatrie. Comme nous l'avons mentionné plus haut, un certain nombre parmi ceux-ci présentait en plus des difficultés particulières: patients sous ordonnance de garde du lieutenant-gouverneur, patients sous probation, antécédents judiciaires avec plusieurs incarcérations, antécédents de comportements de violence extrême, etc.

Concernant l'âge d'apparition des symptômes, les données ont été fournies au psychiatre traitant du Centre par le patient lui-même ou par les membres de sa famille. Même si elles constituent des données subjectives, elles semblent correspondre aux données plus objectives concernant l'âge de la première hospitalisation. Ces données démontrent que pour 68,8% de notre clientèle, l'âge d'apparition des symptômes se situe pendant l'enfance ou l'adolescence, pour la plupart de ceux-ci (42,2%); cet âge varie de 12 à 17 ans.

À partir des dossiers antérieurs dont nous disposons, nous avons pu recueillir les données suivantes concernant l'âge de la première consultation et de la première hospitalisation. Ainsi 54,7% ont consulté pour la première fois en psychiatrie pendant l'enfance ou l'adolescence, la plupart (51,6%) pendant l'adolescence. Ces données nous montrent qu'une bonne part parmi eux l'ont fait à un âge variant de 18 à 21 ans, soit à la fin de l'adolescence, ce qui semble confirmer les données précédentes sur l'âge d'apparition des symptômes. Quant à la première hospitalisation, nous constatons que 50% de notre clientèle avait été hospitalisé pour la première fois pendant l'adolescence dont 17,2% pendant la première partie de l'adolescence (12 à 17 ans).

En ce qui a trait au nombre d'hospitalisations antérieures, 62,5% de nos patients avaient eu plus de 3 hospitalisations antérieures. De ce pourcentage de 62,5%, 25% de patients ont eu entre 8 et 15 hos-

pitalisations antérieures. Nous ne relevons ici que le nombre des hospitalisations, les données relatives à la durée et à la fréquence de celles-ci ne sont pas fournies ici. Ainsi par exemple certains étaient hospitalisés pour des périodes de plus en plus longues et fréquentes ou encore ne présentaient pas un nombre élevé d'hospitalisations mais celles-ci étaient particulièrement longues (plusieurs mois ou années).

Par ailleurs 64% de notre clientèle avaient été hospitalisés en institution psychiatrique. Tous à l'exception de quelques-uns arrivaient également au «388» avec une médication de neuroleptiques combinés à d'autres psychotropes. Un certain nombre parmi ceux-ci (20%), en plus des traitements reçus en hôpital, avaient été traités dans un ou des programmes de réadaptation.

Nous avons cru important de fournir les données précédentes puisqu'elles illustrent de façon objective le type de clientèle que nous recevons et qui semble être tout à fait comparable à celle qui est traitée dans les différents services psychiatriques qui offrent des soins aux psychotiques. Le portrait que nous avons tracé en 1984 au moment de la rédaction du premier rapport d'évaluation semble démontrer que nous avons eu raison de croire que la plupart des psychotiques peuvent bénéficier en dehors de l'hôpital, d'un traitement global et continu (incluant le traitement de la crise), qui s'avère au moins aussi adéquat que celui reçu antérieurement.

En effet, nous avons produit à l'occasion de ce rapport, un premier bilan d'évolution pour chacun des patients. Des données étaient obtenues à partir d'une compilation de renseignements déjà disponibles ou recueillis quotidiennement tels par exemple les données relatives à l'occupation du temps de l'usager, son lieu de vie, son réseau social, etc. Par ailleurs d'autres informations d'ordre plus clinique étaient fournies par les psychiatres traitants qui devaient faire une première évaluation globale du cheminement de l'usager couvrant l'évolution clinique générale autant que les périodes de crise, les moyens utilisés pour traiter celles-ci, etc.

Selon ces premières données, 75% des patients s'étaient améliorés. Il s'agissait d'une évaluation de la modification du patient sur l'ensemble de sa trajectoire, qui tenait compte de la symptomatologie du patient, de sa capacité à prendre les moyens et

à utiliser les ressources nécessaires à sa prise en charge personnelle, de son travail de réarticulation sociale et de sa désinstitutionnalisation effective (sortie progressive du réseau de soins hospitaliers).

Nous avons donc retenu un certain nombre d'indicateurs qui nous permettaient de dessiner un premier mouvement d'évolution des patients. Les secteurs examinés étaient les suivants: activités, autonomie, rapports sociaux, autocritique face à sa maladie et capacité à rechercher l'aide appropriée au début des périodes de crise, lieux de vie, médication, hospitalisations. Nous nous attarderons seulement aux deux derniers points soit, les hospitalisations et la médication. Soulignons simplement qu'en ce qui a trait aux autres indicateurs, l'ensemble des pourcentages d'amélioration variait de 59 à 67%. Concernant la médication, 50% des patients avaient cessé ou diminué leur médication. Nous constatons alors que l'encadrement et le support continu et à long terme qu'offre le personnel, la possibilité d'intervenir rapidement au début des périodes de crise, les interventions à domicile de même que la possibilité d'être suivi en psychothérapie individuelle permettent aux patients de diminuer leur consommation de médicaments en trouvant d'autres moyens pour faire face à l'anxiété et aux périodes d'instabilité psychique.

Quant à la diminution des hospitalisations, il nous apparaît clair que la période de temps dont nous disposions pour donner un premier portrait évolutif était nettement insuffisante. Aucun profil fournissant par exemple des données relatives à la fréquence des séjours hospitaliers, à leur durée et au temps moyen écoulé entre deux séjours et ce comparativement au dossier antérieur des patients, ne pouvait être construit. Les patients que nous recevons ont des antécédents psychiatriques tels qu'il est essentiel de considérer leur cheminement et leur évolution en ayant des données s'étalant sur un certain nombre d'années. Ceci dit, nous avons esquissé dans ce premier rapport, le mouvement qui semblait se dessiner. Des 64 patients retenus pour ce bilan, 42,2% avaient cessé ou diminué soit le nombre, soit la durée de leurs hospitalisations ou avaient réussi à ne jamais être hospitalisés parce qu'ils avaient commencé à être traités au «388» au moment où ils auraient été dirigés vers un hôpital. Il est à noter que nous avons exclu de ces données sur les

hospitalisations, les patients inscrits au «388» depuis moins d'un an.

Comme nous l'avons mentionné plus haut, ces données ne peuvent, en raison de la brièveté des périodes qu'elles couvrent, être considérées comme les résultats d'une recherche exhaustive. Elles constituent toutefois des pistes intéressantes. Par ailleurs actuellement l'expérience des quatre premières années de fonctionnement du Centre nous permet de faire quelques considérations quant à l'évolution de la clientèle. Ainsi par exemple, même si la lourdeur du passé psychiatrique et institutionnel est à première vue un facteur important dans la façon dont un patient pourra s'adapter à un milieu de soins ouvert, nous avons pu constater que certains patients, très institutionnalisés, avaient très bien intégré un milieu de soins tel que le nôtre. Il nous a semblé que dans ces cas, l'évolution très positive qu'ils ont eue est liée davantage à la présence d'une demande personnelle de leur part au moment où ils sont arrivés au Centre. Cette demande personnelle de traitement au «388», quoique souvent peu articulée, nous a permis dans les périodes de crise, de miser sur leur participation et leur collaboration, reprenant à cette occasion par exemple, leur demande du début, les progrès faits, les autres crises traversées au «388» plutôt qu'à l'hôpital, etc. Ces conditions nous semblent essentielles dans un milieu où seules les ententes prises avec l'usager fixent en période de crise les balises nécessaires à la poursuite du travail.

De façon générale un autre aspect semble influencer l'évolution des patients. Il s'agit de l'âge d'apparition des premiers symptômes psychotiques nécessitant un traitement psychiatrique. Les gens chez qui les épisodes psychotiques sont apparus à la fin de l'adolescence, c'est-à-dire avant qu'ils ne soient sortis du milieu familial et articulés socialement, présentent un type de difficultés particulières. En effet, le jeune de 19 ans qui a commencé à avoir des difficultés sérieuses vers 14 ou 15 ans, n'a pas terminé ses études secondaires, n'a aucune expérience de vie sociale autre que la vie dans sa famille, n'est jamais allé sur le marché du travail. Ceci est parfois aussi handicapant dans une démarche d'articulation sociale que des hospitalisations multiples. Bien sûr le contexte économique où nous évoluons, les problèmes de chômage qui lui sont

inhérents ne sont pas sans rajouter à cette difficulté d'insertion sociale.

Finalement nous avons pu constater qu'il n'est pas nécessairement facile de travailler avec les patients qui nous sont adressés et qui sont à leur premier épisode psychotique. Très peu de patients répondent à ces caractéristiques parmi les gens que nous traitons. Tout se passe comme si ce premier accès psychotique, qu'il ait nécessité ou non une hospitalisation, était vécu comme un accident de parcours qui ne se répétera plus et qu'il faut oublier à tout prix. Parmi ceux-ci, les gens qui se présentent différemment sont souvent ceux qui malgré ces espoirs n'arrivent pas à retrouver le mode de vie qu'ils avaient antérieurement et ce, malgré un suivi psycho-pharmacologique en clinique externe.

Nous trouvons importantes ces considérations dans la mesure où elles délimitent diverses clientèles pour lesquelles différentes ressources de soins, plus ou moins structurées selon les besoins spécifiques, sont à mettre en place dans la communauté.

L'ÉVALUATION D'UN NOUVEAU PROGRAMME DE SOINS: PARTICULARITÉS ET PROBLÈMES

Malgré la jeunesse de notre Centre, en place depuis un peu plus de quatre ans, nous avons été amenés en plusieurs circonstances à faire état des résultats obtenus. Nous avons alors pu mesurer à quel point l'ensemble des services qu'offrait le Centre rendait impossible de lui accorder un statut qui permettrait de le «classer» dans une des catégories existantes selon les normes établies par le ministère des Affaires sociales. En effet nous ne sommes ni un Centre de jour, ni un hôpital, ni une clinique externe, ni une ressource d'hébergement, ni une ressource de réadaptation, etc. Cette originalité du programme de soins proposé pose donc des difficultés quand il s'agit d'évaluer son fonctionnement et sa rentabilité.

Il est absolument essentiel pour faire un travail valable à ce niveau, de sortir complètement des modèles traditionnels servant habituellement de point de repère. Le type d'approche, le contexte nouveau où s'inscrit notre intervention (multidisciplinarité, soins dans la communauté, travail de réarticulation sociale, etc.) nous amènent à constater qu'une évaluation traditionnelle pose des problèmes

et qu'une réflexion doit être faite sur la nature et les modalités d'une démarche évaluative appliquée à ce type de contexte. En effet, l'évaluation doit essentiellement porter sur la vérification de l'atteinte des objectifs et sur la justesse des moyens mis en place pour les atteindre.

L'aspect nouveau du Centre, sa structure, ses objectifs de traitement à long terme et de réarticulation sociale des usagers, rendent donc caducs les critères et outils traditionnels qui servent à évaluer les structures de soins. Ainsi par exemple, même si nous disposons de 7 «lits» pour recevoir les usagers sur une base de 24 heures par jour pendant les périodes de crise, l'évaluation de la rentabilité de ces 7 places à l'interne ne peut se faire sur la base de leur taux d'occupation comme nous le ferions dans un service hospitalier. En effet, nous traitons en même temps et à long terme de cinquante-cinq à soixante patients et c'est volontairement que nous avons voulu maintenir un nombre restreint de lits disponibles. Ceci signifie donc un roulement inévitable. Nous tentons donc par tous les moyens de réduire au minimum le temps de résidence au «388» quand un patient est en crise. Ayant un service de garde sur une base de 24 heures par jour, ayant également la possibilité d'intervenir dans le milieu de vie de l'usager ou de lui donner la possibilité de venir toute la journée pendant ces périodes, quitte à revenir ou à téléphoner la nuit si cela est nécessaire, notre objectif n'est donc pas de maintenir occupées en permanence les places que nous avons pour recevoir les usagers comme résidents. C'est par contre le fait de disposer de l'ensemble de ces services qui permet à un usager d'accepter de passer la nuit chez lui tout en étant assuré de l'accessibilité du Centre et de la rapidité des interventions qui s'avéreraient nécessaires.

Nous pourrions illustrer par un autre exemple cette question de l'inadéquation de certains critères de mesure évaluative lorsqu'appliqués à un programme tel que le nôtre. Ainsi une évaluation de la fréquentation journalière du Centre qui ne se ferait qu'en comptant le nombre de présences au Centre et en comptabilisant le nombre de participants aux activités organisées par le Centre serait absolument inadéquate et incorrecte pour l'évaluation de ces services. En effet, visant la réarticulation sociale de l'usager, il va de soi qu'en faisant avec celui-ci un horaire d'activités ou un plan d'éla-

boration d'un quelconque projet social, nous allons privilégier et soutenir toute tentative d'inscription à des activités, études, projets qui se situeront en dehors du cadre du «388». Il s'agit là pourtant souvent d'un travail beaucoup plus exigeant de la part de l'ensemble des intervenants que ne le serait le fait d'accueillir confortablement les gens au «388» pour des activités structurées dans le temps. Accompagner un usager dans ses démarches quotidiennes auprès des instances concernées, aller le rencontrer chez lui ou ailleurs, travailler à ce qu'il s'inscrive à des activités personnelles qui sont en dehors du cadre du «388», quitte à devoir le soutenir quotidiennement dans cet effort de réintégration sociale, voilà autant d'absences «motivées» de l'usager. Il ne sera pas présent physiquement dans le Centre mais les intervenants de l'équipe de soins sauront où il est, comment il va, quelles sont les ententes prises avec lui, etc.

De même, dans cette perspective, les ratio intervenants/usagers ne peuvent être établis qu'à partir du nombre de patients que nous traitons et non pas uniquement en tenant compte du nombre de présences physiques journalières.

Ces quelques points suffisent à pointer la nécessité de modifier radicalement notre façon de concevoir les outils de recherche auxquels nous sommes habitués de recourir dans l'évaluation des services de soins traditionnels. La philosophie de soins et les objectifs qui ont présidé à la structuration des services et à la mise en place de modalités particulières d'intervention doivent aussi être ce à partir de quoi s'élaborent une problématique de recherche et des outils adaptés à nos méthodes d'intervention. Ce n'est qu'à ces conditions que nous pouvons mesurer l'impact de nos interventions dans la rencontre des objectifs visés par le Centre.

Par ailleurs, nous ne pouvons douter de la nécessité de mettre en place dans la communauté des structures de soins pour psychotiques qui répondent *autrement* aux exigences posées par le traitement de la psychose. L'intérêt suscité par notre Centre, par son mode d'organisation, par son approche clinique ou par les résultats obtenus s'étend largement au-delà des frontières du Québec. En effet, depuis l'ouverture du Centre et de plus en plus, nous accueillons des visiteurs venant de la France, de la Belgique, de l'Italie, des États-Unis pour discuter avec nous du fonctionnement du Centre. L'aspect

novateur du «388» donne lieu également à des demandes de stages qui nous sont adressées par des intervenants québécois, français, belges, etc. De plus en plus également, nous sommes invités à aller parler à l'occasion de colloques internationaux, du Centre, du champ d'intervention que nous y avons créé, de l'évolution clinique des usagers, etc. Nous sommes heureux de constater également que cet intérêt touche des intervenants de formations très différentes tout autant que des gestionnaires, des administrateurs, des fonctionnaires, ce qui révèle bien l'ampleur des questions suscitées par la nécessaire réorganisation des services en santé mentale.

Cette concertation des divers intervenants impliqués dans le champ de la santé mentale est pour nous un point essentiel. L'hôpital par exemple est un partenaire important lorsque les patients mettent en cause leur intégrité physique ou menacent celle des autres. L'hospitalisation est alors un moyen de répondre de façon ponctuelle aux situations où par exemple, l'agitation extrême ou le danger de suicide imminent que présente un patient rend impossible toute forme d'entente avec une équipe de soins dans une structure ouverte. Nous avons toujours pu dans ces cas, compter sur la collaboration étroite des psychiatres et équipes de soins qui oeuvrent dans les secteurs hospitaliers de la région et qui, à ces moments, prennent temporairement le relais dans le traitement de nos patients. Il est impossible de penser à un travail efficace avec la clientèle que nous recevons sans cette collaboration des intervenants des divers services de soins.

UNE GESTION POUR LA CLINIQUE

Il est intéressant de revoir les conditions qui ont favorisé la réalisation du Centre, qui soutiennent son développement et permettent d'obtenir les résultats actuels. Ces conditions sont étroitement liées entre autres au mode d'administration du «388». Elles ont été mises en place et sont maintenues grâce à l'implication importante tant au point de vue clinique qu'administratif, d'un groupe privé: le GIFRIC. Cette nouvelle formule créée par l'implication d'un groupe privé dans l'organisation et l'administration d'un programme de soins financé par le public, le Centre hospitalier Robert-Giffard, s'est avérée jusqu'à présent particulièrement rentable à tous points de vue. À cet égard, il faut souligner l'importance

de cet hôpital, qui depuis déjà plusieurs années, démontre une volonté et un souci très fermes de développer de nouvelles approches permettant la désinstitutionnalisation. Cet engagement se manifeste très concrètement par la mise sur pied depuis 1972-73, de différents programmes d'hébergement, de réadaptation, de soins, dans la communauté. C'est de cet élan que se soutient la réalisation du «388».

Quant au GIFRIC, son rôle et son importance ont été et demeurent primordiaux dans la mesure où après avoir été le promoteur du projet, il reste le garant des engagements de départ tant par rapport à la clinique qu'en ce qui a trait au maintien d'une gestion essentiellement centrée sur l'utilisateur des services, soit l'usager.

En effet, dans la répartition des coûts comme dans l'organisation des services, les priorités vont toujours à la qualité et à la diversité des services à maintenir pour les usagers du programme. Ainsi la majorité des ressources monétaires (environ 90%) sont affectées aux coûts directement liés aux services à la clientèle: soit les salaires des intervenants et les dépenses d'opération courantes (alimentation, fournitures générales, etc.). Les coûts indirects quant à eux, regroupent les dépenses de fonctionnement (loyer, entretien, taxes, etc.) et les frais d'administration générale; ils représentent environ 10% de notre budget global, ce qui constitue un pourcentage nettement inférieur à celui attribué aux mêmes coûts dans les grandes institutions.

Tout à fait dans le même sens, nous avons produit au moment d'un bilan d'évaluation en 1984, les coûts comparatifs entre le «388», d'autres programmes de soins dans la communauté et des unités de soins spécialisés en hôpital psychiatrique. Pour la même diversité et la même quantité de services, les coûts établis pour les services offerts par le «388» étaient très avantageusement compétitifs par rapport à ceux des autres ressources auxquelles nous l'avons comparé.

Il est clair qu'une petite structure telle que la nôtre offre des possibilités de rentabilité clinique, administrative et financière plus grandes. Elle permet une souplesse dans la prise de décisions, une rapidité dans les ajustements à apporter, une polyvalence des rôles attribués aux intervenants, l'accessibilité des instances décisionnelles, une hiérarchie réduite au minimum, une conscientisation des intervenants à

la faisabilité administrative de leurs demandes, un réalisme des décisions prises par les responsables de la gestion dans la mesure où ils sont eux aussi en contact direct et quotidien avec la clientèle, bref une réduction de tout ce que nous attribuons à la bureaucratisation.

CONCLUSION

L'expérience clinique des quatre années de fonctionnement du Centre, le cheminement des patients, leur évolution clinique et sociale nous amènent à constater la nécessité et la pertinence de l'existence de tels Centres de soins dans la communauté. Nous sommes en mesure et en droit de dire actuellement qu'il est possible de traiter des psychotiques tout en les maintenant dans la communauté, à condition de disposer d'un certain nombre de moyens dont nous avons fait état tout au long de ce texte.

De même il est clair pour l'ensemble de nos patients, que le fait d'offrir un traitement *à long terme*, est tout à fait capital dans la tournure que prend l'évolution de l'usager. Les difficultés psychiques profondes que présentent les gens que nous recevons et qui ont compromis depuis de nombreuses années leur équilibre dans toutes les sphères de leur vie, ne peuvent être résolues à l'intérieur de quelques mois. Un minimum d'années devient nécessaire si nous voulons vraiment travailler avec le psychotique à un réaménagement en profondeur de sa dynamique psychique, à la réorganisation de sa vie, de son mode d'existence, de sa façon d'être avec les autres, de sa participation sociale, etc. Le dysfonctionnement psychique ne peut être considéré comme une «maladie». Si la folie nous angoisse et nous sollicite au plus intime de notre être, là précisément où nous rencontrons la fragilité inquiétante des humains que nous sommes, c'est peut-être que nous savons mais d'un savoir insupportable, que la folie n'est pas une maladie, et qu'à ce titre elle ne cesse de résister à notre volonté de l'objectiver dans l'autre.

NOTE

1. GIFRIC: Groupe Interdisciplinaire Freudien de Recherche pour l'Intervention Clinique et Culturelle.

RÉFÉRENCES

- AIRD, G., 1982, La mort d'une illusion, *Santé mentale au Québec*, 7, No 1, 116-119.

- APOLLON, W., 1984a, Problématique clinique pour la psychose, *Santé mentale au Québec*, 9, No 1, 50-66.
- APOLLON, W., 1984b, Parole et rupture institutionnelle dans les alternatives in Bergeron, D., Cantin, L., eds, *Les alternatives en santé mentale*, Québec Amérique, Montréal, 231-44.
- AUCCOIN, L., 1985, *Orientations et amorces de plan d'action*, Hôpital Louis-H. Lafontaine, Montréal.
- BACHRACH, L.L., 1984, The concept of young adult chronic psychiatric patients: questions from a research perspective, *Hospital and Community Psychiatry*, 35, No 6.
- BERGERON, D., 1984, Approche psychanalytique et réinsertion sociale, in Bergeron, D., Cantin, L., eds, *Les alternatives en santé mentale*, Québec Amérique, Montréal, 211-220.
- BERGERON, D., 1980, *Projet de Centre de Recherche et d'Intervention en psychothérapie psychanalytique des psychoses*, projet présenté au Centre hospitalier Robert-Giffard, juillet, 125 p.
- BERGERON, D., CANTIN, L., 1983, Le «338» ou un lieu pour des fictions provisoires, *Transitions*, 16, 106-11.
- BERGERON, D., CANTIN, L., 1985, Psychanalyse, Psychose et Parole retrouvée, *Transitions*, 20.
- BERGERON, D., CANTIN, L., GOBEIL, R., 1984, *Premier bilan d'évaluation du «338»*, rapport présenté par le GIFRIC, août, 80 p.
- BERGERON, D., CANTIN, L., GOBEIL, R., LEVASSEUR, S., 1984, *Réponse à la consultation du Comité de la santé mentale sur les Alternatives en santé mentale*, mars.
- CASTEL, F., CASTEL, R., LOWELL, A., 1979, *La société psychiatrique avancée: Le modèle américain*, Grasset, Paris.
- COMITÉ DE LA SANTÉ MENTALE DU QUÉBEC, 1985a, *Prévenir, traiter et réadapter efficacement*, Livre 1: *Synthèse et recommandations*, Gouvernement du Québec.
- COMITÉ DE LA SANTÉ MENTALE DU QUÉBEC, 1985b, *Prévenir, traiter et réadapter efficacement*, Livre 3: *L'efficacité du traitement*, Gouvernement du Québec.
- COMITÉ DE LA SANTÉ MENTALE DU QUÉBEC, 1985c, *Prévenir, traiter et réadapter efficacement*, Livre 4: *L'efficacité de la réadaptation*, Gouvernement du Québec.
- COMITÉ DE LA SANTÉ MENTALE DU QUÉBEC, 1985d, *De la biologie à la culture*, Gouvernement du Québec.
- COMITÉ DE LA SANTÉ MENTALE DU QUÉBEC, 1985e, *Rôles et place des ressources alternatives en santé mentale*, Gouvernement du Québec.
- FREUD, S., 1971, *L'avenir d'une illusion*, P.U.F., Paris.
- FREUD, S., 1971, *Malaise dans la civilisation*, P.U.F., Paris.
- FREUD, S., 1968, *Totem et tabou*, Petite bibliothèque Payot, Paris.
- HARNOIS, G., 1985, Introduction in Comité de la santé mentale du Québec, *La santé mentale. Direction an 2000*, Gouvernement du Québec.
- LACAN, J., *Petit discours de Jacques Lacan aux psychiatres*, document pirate.
- LACAN, J., 1966, D'une question préliminaire à tout traitement possible de la psychose, in *Écrits*, Seuil, Paris.
- LACAN, J., 1981, *Le séminaire Livre III, Les Psychoses*, Seuil, Paris.
- LAMONTAGNE, Y., 1985, *L'ampleur des maladies mentales au Québec*, Québec Science, Montréal.
- MILLER G. et al., 1985, Clinique des psychoses. Approche et repères dans la clinique psychanalytique des psychoses, *Ornicar*.

- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, 1985, *La santé mentale. À nous de décider*, Gouvernement du Québec.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, 1985, *La santé mentale. À nous de décider. Proposition d'un plan d'action*, Gouvernement du Québec.
- PAGE, J.C., 1961, *Les fous crient au secours*, Éd. du Jour, Montréal.
- Rapport annuel du «388» aux journées d'étude du GIFRIC*, juin.
- Rapport annuel du «388», année 1982-83*, présenté au Centre hospitalier Robert-Giffard.
- SILVESTRE, M., 1985, Le père, sa fonction dans la psychanalyse, *Ornicar*.
- LE RÉSEAU, 1985, Vers une politique de santé mentale, Publication du Centre Hospitalier Robert-Giffard, 10, No 2, Québec.

SUMMARY

The history of the last thirty years of North-American psychiatry points up the difficulties encountered in the treatment of psychotic patients in a hospital setting but also in the maintaining of their social integration. In a search for solutions, and taking into account the needs observed at the Robert-Giffard Hospital in Quebec, a group of professionals of GIFRIC decided to open, in the center of town, a Psychoanalytical Center for psychotics. Operating since 1982, the "388" is aiming at a social reintegration of the psychotic patients in order to lead a more satisfying life according to their possibilities of co-existence with others. It is an outside of the hospital structure which permits the treatment of the crisis as well as providing longterm care. The care and services given are based on a psychoanalytical frame. This paper describes the clientele, the services offered, the treatment, the patients' evolution and the problems that arise from the evaluation of such a new structure.